CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DU Dr DESMARRES.

DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE

ET DE SES INDICATIONS,

PAR

XAVIER GALEZOWSKI,

DOCTEUR EN MÉDECINE
ET CHEF DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DU Dr DESMARRES.

(EXTRAIT DES ANNALES D'OCULISTIQUE.)

BRUXELLES
TYPOGRAPHIE DE Ve J. VAN BUGGENHOUDT,
rue de l'Orangerie, 22.

1862

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DU Dr DESMARRES.

DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE

ET DE SES INDICATIONS,

PAR

XAVIER GALEZOWSKI,

DOCTEUR EN MÉDECINE
ET CHEF DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DU Dr DESMARRES.

(EXTRAIT DES ANNALES D'OCULISTIQUE.)



BRUXELLES
TYPOGRAPHIE DE Ve J. VAN BUGGENHOUDT,
rue de l'Orangerie, 22.

1862

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DR DESMARRES,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC., ETC.

Témoignage de la plus vive reconnaissance,

XAVIER GALEZOWSKI.

Paris, 14 juin 1862.

DE LA

PUPILLE ARTIFICIELLE

ET DE SES INDICATIONS.

COMPTE-RENDU DE 189 OPÉRATIONS DE PUPILLE ARTIFICIELLE, PRATIQUÉES A LA CLINIQUE DU Dr DESMARRES, DU 1er JANVIER 1860 AU 1er AOUT 1861.

L'opération de la pupille artificielle est incontestablement l'une des plus importantes et des plus belles de la chirurgie oculaire, sous le rapport du résultat; je pense donc que ce compte-rendu ne manquera pas d'intérêt.

En 1860, cent trente trois pupilles artificielles ont été pratiquées dans notre clinique, cent sept par M. Desmarres père, vingt-quatre par M. Desmarres fils, deux par moi. Dans les sept premiers mois de 1861, il en a encore été pratiqué cinquante-six : trente-huit par M. Desmarres père, dix-huit par M. Desmarres fils, deux par moi. Le résultat de ces opérations a été en général très-satisfaisant; mais, pour en mieux juger, il nous a paru utile d'en faire pour la statistique deux catégories : La première comprendra les cas qui présentaient avant l'opération toutes les chances probables de la restitution de la vue; la seconde, ceux dans lesquels, la vue étant irremédiablement perdue, l'opération n'était faite que dans le but

de calmer les douleurs, comme par exemple dans le glaucome chronique suivi d'accès aigus, ou pour arrêter les progrès de l'irido-choroïdite et empêcher que la maladie ne s'étendît à l'autre œil. Ainsi, sur les 189 opérations de pupille artificielles, il y a eu 161 cas ordinaires où la guérison était possible, et 28 cas exceptionnels qui ne comportaient point ou que de très faibles chances de succès.

Dans cette première catégorie, cent quarante-neuf fois la guérison a été complète et neuf fois la vue ne s'est rétablie qu'incomplétement à cause d'exsudations qui sont venues obstruer la nouvelle pupille. Il y avait, dans ces cas, indication de recourir à une nouvelle opération; mais les malades, y voyant assez pour se conduire seuls, ont préféré rester dans ces conditions. Deux fois il s'est déclaré une irido-choroïdite chronique avec atrophie de l'organe, et une seule fois un phlegmon consécutif de l'œil.

La deuxième catégorie comprend les vingt-huit cas dans lesquels le rétablissement de la vue était impossible. Ici les résultats ont été assez satisfaisants à un autre point de vue : on a réussi non-seulement à diminuer les douleurs névralgiques ou même à les éteindre, mais encore à arrêter le progrès de la maladie. Ainsi, dans les huit cas de glaucomes chroniques suivis d'accès aigus, l'excision de l'iris n'avait pas d'autre but que de calmer les souffrances des malades ; dans deux cas, elles ont persisté longtemps après l'opération, mais les autres malades ont été immédiatement soulagés. Seize cas d'irido-choroïdite ne présentaient aucune chance de succès, au point de vue du rétablissement de la vue, l'atrophie de l'œil étant trop avancée et les phosphènes n'existant plus. L'opération a donc été faite plutôt par acquit de conscience, pour prévenir ou arrêter l'inflammation et pour préserver l'œil sain. Huit fois la maladie s'est arrêtée dans sa marche après l'opération; six fois elle a persisté ainsi que l'atrophie de l'œil; enfin, deux fois le phlegmon de l'œil a été la conséquence de l'opération.

Pour compléter le tableau, nous devons ajouter que, dans un cas d'hydrophthalmie avec atrophie de la papille, l'opération n'a point changé la situation du malade ; dans trois cas d'amaurose avec excavation de la papille optique, elle n'a été pratiquée que comme dernière ressource, et le résultat en a été nul, bien que la plaie se fût cicatrisée dans les vingt-quatre heures.

1. Tableau statistique.

Le tableau statistique suivant présente quelques autres détails :

INDICATION des MALADIES AYANT MOTIVÉ L'OPÉRATION.	Nombre d'opérations.	Opérés des deux yeux.	Femmes.	Age des malades: de 6 à 18 ans.	de 20 à 48 ans.	de 50 à 78 ans.	Causes de la mal.: Traumatique.	Ophthalmie.	Suppression des règles ou d'hémorrhoïdes.
Leucome simple ou adhérent. .	31	8	13	2	27	2	4	27	»
Staphylôme particl de la cornée.	5	»	1	»	5	»	»	5	»
Kystes de l'iris	3	»	»	»	3	»	1	»	»
Corps étrangers de l'iris.	10	»	»	3	7	»	10	»	»
Irido-choroïdite.	63	18	26	8	45	10	14	32	12
Glaucome	47	16	25	»	11	36	1	»	18
Hydrophthalmie.	1	»	»	1	»	»	»	»	»
Amaurose avec excavation de la papille.	3	»	1	»	1	2	»	»	»
Excision de l'iris dans l'extraction linéaire de la cataracte.	16	»	1	»	13	3	10	»	»
Excision de l'iris dans l'extraction à lambeau de la cataracte.	6	»	»	»	1	5	»	»	»
Excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte secondaire.	4	»	1	»	2	2	»	»	»
TOTAL.	189	42	68	14	115	60	40	64	30

2. Appréciation des méthodes opératoires.

On sait par quelles phases cette opération a passé depuis Cheselden, qui a fait le premier la pupille artificielle en 1728, jusqu'à Wenzel, Scarpa, Beer, etc. Malgré les améliorations constantes qu'on y a successivement apportées, elle a été longtemps considérée comme une opération grave et n'était pratiquée que dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Selon les uns, on ne devait la tenter que quand les membranes internes de l'œil n'étaient pas enflammées ; selon les autres, il fallait l'interdire à tout malade dont un seul œil était atteint. Ces craintes s'expliquent pour qui se rappelle que ces méthodes primitivement employées, prédisposaient à des complications graves et notamment à des inflammations. On faisait très-souvent le décollement de l'iris dans les cas d'exsudations pupillaires, et par cela même on provoquait des inflammations très-violentes des procès ciliaires et de la choroïde.

En raison de ces accidents et de la difficulté qu'on éprouva très longtemps à bien fixer l'œil, Weller, Sanson et autres prétendaient que le jeune âge y était une contre-indication formelle. On peut donc dire qu'en général la pupille artificielle n'était pratiquée que dans des cas très rares et exceptionnels; encore était-on souvent embarrassé dans le choix de la méthode opératoire, entre la corédialyse ou décollement de l'iris, qui était le plus souvent suivi d'inflammation grave interne de l'œil, et la corétomie ou méthode par incision, dans laquelle le chirurgien était le plus souvent forcé de blesser le cristallin. C'est à cause de ce dernier accident que M. Velpeau a émis cette opinion (1) : « Pour peu qu'on soupçonne » d'opacité dans ces parties (capsule et cristallin), il faut les » extraire : peut-être même devrait-on se faire une loi de leur » extraction, qu'il y eût ou non un commencement d'opacité.

(1) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, t. Ier, p. 769.

» On éviterait ainsi le désagrément de voir l'apparition d'une » cataracte consécutive détruire les chances de succès de la » première opération. » Cette opinion était parfaitement fondée tant qu'on n'avait pas une méthode pour mettre le cristallin à l'abri de toute blessure.

Depuis lors, des modifications importantes ont été introduites dans les procédés opératoires : C'est ainsi que M. Desmarres a remplacé l'opération dangereuse du décollement par une nouvelle méthode pratiquée et décrite par lui sous le nom de « déchirement de l'iris, *iridorhexis.* » Il a eu aussi cet autre mérite d'avoir apprécié sérieusement la valeur réelle de chacune de ces méthodes et d'en avoir indiqué les avantages et les inconvénients respectifs. Il est arrivé ainsi à n'en conserver que deux (1) : l'excision (*iridectomie*) pour les cas où la pupille est libre, et le déchirement (*iridorhexis*) pour ceux où elle est adhérente, et il a abandonné avec raison les méthodes d'*incision*, de *décollement* et d'*enclavement*, comme dangereuses et inutiles.

Cet éminent praticien a ainsi énormement simplifié le manuel opératoire, au point que le chirurgien a désormais toute la facilité d'exécution et qu'il est en même temps à l'abri des accidents fâcheux qu'on avait à déplorer auparavant. Sa manière de voir et de faire a été généralement adoptée, et les succès innombrables qu'on obtient depuis quelques années dans les irido-choroïdites et les glaucomes sont dus en réalité pour une bonne part au maître qui, en simplifiant la méthode, l'a dégagée de tous les préjugés traditionnels et de toutes les difficultés d'exécution.

Voici maintenant la description succincte de *a.* l'*excision* (iridectomie) et du *b. déchirement* (iridorhexis), tels qu'ils sont pratiqués et décrits par M. Desmarres :

« Le malade étant couché sur un lit, la tête un peu relevée, le chirurgien se place à sa droite ou derrière lui, selon qu'il

(1) *Atlas du journal des connaiss médico-chirurg.* Janvier 1850, p. 9.

veut pratiquer la pupille par la partie supérieure ou inférieure de la cornée; puis, les paupières étant écartées avec les élevateurs et maintenues par un aide, le chirurgien fixe de la main gauche l'œil avec une pince *ad hoc* dans le point opposé à celui où va se faire la ponction, et, de la main droite, ponctionne, avec le couteau lancéolaire, la cornée à sa circonférence tout près de la sclérotique; il pénètre ainsi dans la chambre antérieure parallèlement à l'iris, jusqu'à ce qu'il ait obtenu une plaie d'environ 0,006 mm.; il retire alors le couteau, en élargissant en même temps la plaie, si elle n'est pas assez étendue. Le deuxième temps de l'opération consiste dans l'introduction de la pince courbe, sa concavité dirigée en avant et poussée jusqu'à ce que les mors touchent la cornée. Arrivée là, elle s'ouvre et l'iris se porte à l'instant entre ses mors. »

Le troisième temps diffère essentiellement dans les deux procédés. Dans l'iridectomie, le chirurgien n'a nul besoin d'exercer de pression sur l'iris pour qu'une certaine portion de cette membrane s'engage entre les mors de la pince, qu'il suffit alors de retirer avec la partie d'iris qu'elle a saisie. Dans l'iridorhexis, au contraire, l'iris est adhérent au cristallin ou à la cornée et ne se laisse par conséquent pas entraîner aussi facilement; c'est alors que l'opérateur saisit l'iris avec la pince courbe et aussi largement qu'il le peut, même en le comprimant un peu au besoin sur le cristallin, et le déchire par une traction brusque pour le faire sortir ensuite par la plaie de la cornée. Le quatrième temps consiste dans la résection de l'iris avec les ciseaux courbes.

Ces deux méthodes ou procédés suffisent dans la majorité des cas à l'exécution d'une pupille artificielle. Elles sont faciles à appliquer et mettent à l'abri de certains accidents consécutifs, tels que la blessure de la capsule, presque inévitable dans la corétomie, ou l'inflammation violente de la choroïde, se développant à la suite de la traction exercée sur les procès ciliaires pendant le décollement de l'iris.

On a lieu de s'étonner que la désignation de *déchirement*, donnée par M. Desmarres à son procédé opératoire, n'ait pas été généralement adoptée, alors que le procédé est exécuté par tout le monde. Confondre l'excision avec le déchirement est à la fois contraire au bon sens et à la justice. En effet, que fait-on dans l'excision? On va dans la chambre antérieure chercher l'iris *libre*, à travers une plaie excentrique de la cornée, on l'attire dans la plaie et on l'y excise. Et dans le déchirement? On entre dans la chambre antérieure à travers une plaie excentrique comme dans l'excision, c'est vrai; mais ici on saisit l'iris *fixé à la capsule ou à la cornée par des adhérences morbides*, et au moyen d'une traction brusque de 2 mm. de course, on le déchire, puis on l'entraîne au dehors et on l'excise. Si l'on confond ces deux opérations et qu'on les désigne sous le même nom « d'iridectomie, » pourquoi ne pas désigner aussi sous ce nom le décollement? Dans cette dernière opération, où la plaie est rapprochée du centre de la cornée, après avoir décollé l'iris, ne l'entraîne-t-on pas aussi jusque dans la plaie, et ne l'y excise-t-on pas de même? Dans l'excision, le temps important de l'opération est évidemment celui de l'excision iridienne; dans le décollement, c'est celui où l'on rompt avec le crochet les attaches normales de l'iris. Dans le déchirement, n'est-ce pas celui où l'iris, saisi dans la pince, est déchiré sur place et n'est-ce pas lui qui doit constituer le véritable cachet du procédé?

c. *Modification du procédé de déchirement dans le leucome large, adhérent de la cornée, et dans certains cas d'irido-choroïdite*. Nous avons dit que les deux procédés sont appliqués de préférence dans la majorité des cas, à notre clinique; mais il y a des circonstances qui y réclament des modifications importantes. Ainsi l'on est souvent appelé à pratiquer la pupille artificielle à des personnes qui, ayant été atteintes d'une ulcération centrale perforante de la cornée, suivie de hernie de l'iris, ont eu à la suite un large leucome adhérent, occupant la presque totalité de la cornée, au point qu'il ne

reste de celle-ci qu'une bande semi-annulaire périphérique et très étroite qui ait conservé sa transparence.

Dans ces cas, la pupille ne peut être que très étroite et oblongue; aussi importe-t-il beaucoup d'enlever l'iris sur une grande étendue le long de la bande transparente de la cornée, sans cependant compromettre la cicatrisation de la plaie par la formation d'un trop large lambeau. Voici comment M. Desmarres résout cette difficulté : Il pratique à la circonférence de la cornée deux ponctions ordinaires sous le rapport de l'étendue, séparées l'une de l'autre par un petit pont de 1 à 2 mm. Il introduit obliquement la pince dans l'une des deux plaies, saisit l'iris à côté du pont, le déchire, l'entraîne au dehors et l'excise. Avec la même pince, il entre dans l'autre plaie, saisit la portion de l'iris qui communique avec la partie déjà excisée, la déchire et l'excise comme la première. De cette façon, il fait une pupille assez étendue et deux petites plaies de la cornée, séparées l'une de l'autre par un pont étroit, mais résistant, ce qui favorise extrêmement la cicatrisation et met la cornée à l'abri d'une suppuration consécutive.

Dans quelques cas particuliers, M. Desmarres s'est trouvé forcé de pratiquer simultanément dans le même œil deux pupilles artificielles, situées en sens opposé : Il s'agissait de faire l'opération pour une irido-choroïdite accompagnée de l'adhérence d'une grande partie de l'iris à la capsule, depuis le centre jusqu'à son attache ciliaire. Il ne se détachait que difficilement et laissait apercevoir derrière lui une exsudation capsulaire. M. Desmarres n'a pas hésité à faire, séance ténante, une seconde pupille artificielle au côté opposé à la première, ce qui lui a maintes fois fait rencontrer une partie libre de l'iris en même temps qu'une capsule transparente. Il a souvent obtenu par ce moyen un succès décisif, là où tout semblait devoir faire craindre un échec.

d. Enclavement de l'iris (iridodesis). Il existe encore dans la science un procédé très-ingénieux, qui ne se pratique que

depuis quelques années. C'est celui de l'enclavement (*irido-desis*) de M. Critchett, de Londres. Le nom même de cette opération indique que la méthode n'est pas nouvelle. En effet, la première idée de l'enclavement de l'iris dans la plaie de la cornée appartient, paraît-il, à Adams, ou à Himly qui en dispute l'honneur au premier. M. Guépin, de Nantes, y a fait subir depuis les modifications que nous connaissons tous, mais celle que vient d'y introduire M. Critchett lui a valu son incontestable supériorité. Cet ingénieux opérateur déplace la pupille naturelle en ayant soin de laisser libres et la marge pupillaire et le sphincter de l'iris, de façon que la pupille conserve la faculté de se contracter sous l'impression de la lumière.

Voici comment il atteint ce but : Il fait avec une large aiguille à cataracte une incision dans un point périphérique de la cornée, puis il introduit à travers cette petite plaie une pince capsulaire avec laquelle il saisit cette partie de l'iris, qui se trouve tout à fait intermédiaire entre le bord pupillaire et le bord ciliaire; il l'attire ensuite au dehors, avec la précaution de n'en amener que ce qu'il faut pour que le bord pupillaire reste dans la chambre antérieure. Le dernier temps de l'opération consiste dans l'application d'une ligature en fil de soie sur la partie ainsi herniée de l'iris, fil qui ne tarde pas à se détacher avec la portion liée et mortifiée de cette membrane.

Les avantages de ce procédé sont faciles à apprécier : la pupille, d'abord oblongue, revient peu à peu à sa forme primitive; elle conserve la propriété de se contracter sous l'influence de la lumière à cause de l'intégrité du muscle sphincter de l'iris, qui n'a subi aucune mutilation capable d'en troubler la puissance fonctionnelle. Dans l'iridectomie, au contraire, le chirurgien est forcé d'enlever une partie du sphincter de l'iris, ce qui donne la prépondérance à l'action du muscle dilatateur; d'où il résulte que la pupille devient quelquefois trop grande et se prête à la formation de rayons

diffus qui troublent jusqu'à un certain point la vision. Le procédé de Critchett n'est pas dangereux et donne des résultats tout aussi satisfaisants que les deux autres procédés. En outre, il ne donne pas lieu à l'effusion d'une goutte de sang dans la chambre antérieure, comme cela s'observe dans l'iridectomie. Malheureusement, il ne peut être mis à exécution avec profit que dans les cas exceptionnels où la cornée n'est opaque qu'au centre et lorsqu'il lui reste encore une large portion transparente. En même temps on pourrait bien avoir à redouter un staphylôme partiel dans le point de la synéchie antérieure qui résulte de l'opération, mais ce n'est là de notre part qu'une supposition qui ne sera résolue que par les expériences et les observations ultérieures.

3. Indications de l'opération de la pupille artificielle.

Non-seulement les affections auxquelles cette opération est applicable, s'offrent sous des aspects différents, mais en outre le but que se propose le chirurgien n'est pas toujours le même. Ainsi, tantôt il a pour but de livrer une nouvelle voie aux rayons lumineux arrêtés par une tache de la cornée ou des exsudations pupillaires, tantôt d'empêcher la marche d'une inflammation interne de l'œil ou de diminuer l'exagération de la pression intra-oculaire, comme cela a lieu dans l'irido-choroïdite, le glaucome, etc. Enfin, dans quelques cas particuliers, la pupille artificielle n'est faite que pour rendre plus faciles certaines opérations, telles que l'extraction de la cataracte ou d'un kyste de l'iris. De là différentes indications que nous allons exposer.

I[re] INDICATION.

Opacité partielle de la cornée. — La vue peut être abolie chez un malade par la présence d'une opacité plus ou moins épaisse, située au centre de la cornée et empêchant les rayons

lumineux d'arriver jusqu'à la rétine. Si, dans ces conditions, les autres membranes de l'œil sont saines, la tâche du chirurgien sera des plus simples : elle consistera à déplacer la pupille normale de manière qu'au lieu d'être au centre elle se trouve vis-à-vis de la partie restée transparente de la cornée. De la position et de la dimension de la tache dépendra aussi le choix de la méthode opératoire. Ainsi, quand elle sera centrale, et qu'une grande partie latérale de la cornée sera transparente, on aura tout avantage à pratiquer l'*iridodesis*. Si, au contraire, le leucome occupe la plus grande partie de la cornée, et qu'une très-petite portion seulement de celle-ci est restée saine, on devra plutôt faire l'iridectomie; on fera l'iridorhexis si l'iris est adhérent.

Obs. Ire. *Pupille artificielle par iridodésis.* — Le nommé B..., âgé de quinze ans, demeurant rue Vivienne, 29, se présente à la clinique le 26 septembre 1860; il a été blessé deux mois auparavant à l'œil gauche, dont la vue s'est beaucoup affaiblie. Un leucome large, adhérent du côté interne et s'étendant jusqu'au centre, masque la pupille, d'autant plus que l'iris, par le fait de son adhérence au leucome, se trouve un peu tiraillé en dedans. La pupille elle-même est libre, se contracte bien, et le malade voit, en regardant sur le côté gauche, les objets qu'on lui présente. Les phosphènes existent, la santé générale est bonne. Il résulte de cet examen qu'il n'y a que le leucome central qui entrave la vision; mais comme il occupe le côté interne et central, qu'une grande partie de la cornée est restée transparente et que la pupille est en même temps mobile, M. Desmarres se décide à conduire la pupille vers la partie transparente, c'est-à-dire vers le côté externe de la cornée, d'après le procédé de Critchett. L'œil étant fixé, il fait avec une large aiguille à cataracte une ponction près du bord externe de la cornée, il introduit ensuite une pince capsulaire dans la chambre antérieure pour saisir la partie médiane de l'iris, celle qui est comprise entre le bord pupillaire et le bord ciliaire, et l'attire au dehors. Le troisième temps de l'opération consiste dans l'application d'une ligature en fil de coton, dont le nœud, préparé d'avance, est glissé sur la pince. Une fois portée sur cette partie herniée de l'iris, elle est légèrement serrée, autant qu'il est nécessaire pour retenir le fil sur place; après quoi les bouts en sont coupés à 2 m.m. du nœud. Le pansement est fait par occlusion au moyen du taffetas d'Angleterre. — 27 *septembre*. Le malade va bien et ne souffre pas; point d'inflammation. — 28. Le

fil s'est détaché ; il n'y a pas d'inflammation, la pupille a la forme d'une fente transversale. — 30. Un peu d'infiltration de la cornée près de la plaie et de rougeur de la conjonctive, mais la cicatrisation est faite. Instillation d'atropine six fois par jour. — *4 octobre*. La rougeur a disparu, la cornée a repris sa transparence, la pupille est ovale. — 20. La plaie est complétement cicatrisée. — 1er *novembre*. La pupille est presque complétement ronde, elle se contracte normalement; les deux yeux s'accommodent très bien, et le malade peut lire de son œil opéré tout aussi bien que de l'autre.

La méthode de M. Critchett a été exécutée trois fois dans notre clinique et chaque fois avec succès ; dans les vingt-huit autres cas de leucome on a eu recours, soit à l'excision, soit au déchirement. Sur ce nombre, on n'a eu à déplorer qu'une seule fois le phlegmon de l'œil et deux fois des exsudations qui se sont formées dans la pupille et qui auraient donné lieu à une seconde opération, si les malades n'avaient cessé de venir à la clinique. Les autres opérés ont recouvré la vue. A propos de la pupille artificielle dans les cas de leucome, nous dirons quelques mots de la période à laquelle on doit soumettre à l'opération les malades atteints en même temps de granulations, question restée longtemps indécise.

Suivant la majorité des chirurgiens, on ne doit pas toucher à l'œil tant que les granulations n'ont pas été complétement détruites. Mais on connaît la longue durée de cette affection ; on sait qu'elle ne cède souvent qu'à un traitement de plusieurs années, que parfois même elle est absolument rebelle aux moyens les plus énergiques ; ce qui n'empêche pas le plus souvent la cornée de redevenir saine et l'œil d'arriver à un état de tolérance complète de ce mal. Dès lors, s'il y a à rendre la vue à une personne atteinte de granulations et de leucomes centraux des deux cornées, M. Desmarres n'hésite pas à pratiquer la pupille artificielle. L'expérience démontre, en effet, que la cicatrisation ne s'en fait pas moins régulièrement. Sur trente et une pupilles artificielles pratiquées pour des leucomes, il y avait quatre malades granuleux, et tous quatre ont été complétement guéris.

Obs. II. — M. L..., âgé de trente-cinq ans, peintre en bâtiments, demeurant place de la Corderie, 11, était atteint depuis plusieurs mois de granulations chroniques et de pannus aux deux yeux. Il venait d'habitude tous les deux jours à la clinique pour être cautérisé avec le sulfate de cuivre. Ce traitement a duré quelques mois ; plus tard il fit des absences pendant lesquelles survinrent des granulations et des ulcérations profondes des cornées. La cornée droite s'étant perforée, il en résulta une synéchie antérieure avec un large leucome. A l'œil gauche, le leucome s'était aussi formé au centre, mais sans qu'il se fût produit de synéchie. M. Desmarres n'hésita pas à lui pratiquer la pupille artificielle nonobstant les granulations. Le 10 septembre 1860, il la fit à l'œil droit, par le procédé de déchirement. L'incision fut faite en bas et en dedans, l'iris largement déchiré et excisé. — 11 *septembre*. La plaie est réunie, et la pupille grande et noire; le malade compte les doigts. — 14. La cornée présente un léger trouble du côté de la plaie. On prescrit l'instillation des gouttes d'atropine. — 15. La plaie est complétement cicatrisée; l'infiltration de la cornée a disparu, mais cette membrane n'est pas tout à fait transparente à cause du pannus préexistant. Le malade peut se conduire et distinguer les aiguilles d'une montre, mais il voit les objets comme à travers un brouillard. Le 20 septembre 1860, M. Desmarres fils pratique une pupille artificielle à l'œil gauche par excision et dans la partie interne et inférieure. La plaie s'est réunie, mais il y a un peu de rougeur conjonctivale; la pupille est noire et sans exsudations. Instillation d'atropine, six gouttes par jour. — 24. L'œil va bien, la rougeur a disparu; la cornée est un peu trouble à cause de pannus granuleux anciens, mais la pupille est large et noire ; le malade distingue aussi de cet œil les aiguilles d'une montre de poche, et il est en état de se conduire seul avec toute sûreté. Pour être complétement guéri, il n'avait plus qu'à se soumettre pendant quelques mois à des cautérisations régulières avec le sulfate de cuivre, mais il a cessé depuis de se présenter à la clinique. Il est évident qu'on ne pouvait espérer de l'opération un meilleur résultat que celui qui a été obtenu.

IIe indication.

Ulcères de la cornée. — De larges ulcérations perforantes de la cornée peuvent fournir l'occasion d'une opération de pupille artificielle, principalement si l'ulcère est central, s'il s'étend de plus en plus et si, malgré tous les moyens, envahissant successivement toutes les couches de la cornée, il menace de la perforer et de provoquer une hernie de l'iris.

Dans ce cas, il est d'une grande importance de diminuer la pression intra-oculaire, ce qu'on obtient souvent, pour les abcès moins larges, par la seule ponction de la cornée au centre de l'ulcération. Mais lorsque celle-ci est très étendue, la paracentèse ne suffit pas ; il faut en outre exciser une certaine portion de l'iris pour diminuer la pression intérieure et prévenir autant que possible les chances d'une large hernie de l'iris. Il est évident que celle-ci ne sera pas à redouter si elle se produit à la périphérie de la cornée et à travers une petite ulcération, car la cicatrisation s'en fait facilement et ne donne lieu qu'à une simple synéchie antérieure avec déformation de la pupille, ce qui ne gêne pas sensiblement la vision. Dans ces cas donc l'opération est contre-indiquée.

IIIe INDICATION.

Staphylôme partiel opaque de la cornée. — Cette altération se développe ordinairement à la suite des ulcérations perforantes de cette membrane et des synéchies antérieures consécutives, aussi bien qu'à la suite des blessures de la cornée et de l'iris. Par suite de la pression très forte qu'exercent l'humeur aqueuse et l'iris sur le staphylôme, celui-ci tend constamment à s'étendre sur les parties voisines et transparentes de la cornée, en même temps qu'augmente la saillie. Pour arrêter, dès le début, ce progrès du mal, on a proposé une foule de moyens, le plus souvent insuffisants. M. Desmarres a longtemps employé la méthode de Scarpa, consistant à enlever le sommet de la tumeur ; plus tard, si la cicatrice se faisait régulièrement, et si une portion de la cornée était restée transparente, il faisait une pupille artificielle. Dans ces derniers temps, ayant cru reconnaître que le mal provenait de la pression interne exercée sur le sommet de la tumeur par l'humeur aqueuse et l'iris, il se proposa de diminuer cette pression par une large iridectomie et retira de cette pratique un bénéfice remarquable, comme nous pouvons le voir par l'observation suivante.

Obs. III. — Madame L..., âgée de vingt-trois ans, modiste, se présente, le 12 septembre 1860, à la clinique. La malade offre un staphylôme partiel de la cornée, situé au côté externe; une partie de ce staphylôme est pellucide, et l'iris est adhérent à la portion centrale opaque.

La pupille est visible et tiraillée en dehors. L'affection, qui remonte à vingt mois, s'est produite à la suite d'une ulcération perforante avec hernie de l'iris. La vue est encore conservée, quoique imparfaitement; cette dame lit avec difficulté le n° 16 de l'échelle de Jaeger. L'œil droit est normal, la santé généralement bonne. Le jour même, M. Desmarres opère une large excision de l'iris en bas, tout près du staphylôme. Pansement par occlusion des yeux au moyen de taffetas d'Angleterre, laissé pendant vingt-quatre heures.—13 *septembre.* Plaie réunie, et le staphylôme considérablement aplati.—18. Légère conjonctivite, combattue avec le collyre d'alumine. Depuis lors la malade va de mieux en mieux; la saillie de la cornée a disparu, et avec elle les souffrances. A la fin du mois de novembre, l'état de l'œil est relativement très satisfaisant, la malade lit de cet œil le n° 3 de Jaeger et commence à travailler, sans qu'il lui en coûte la moindre fatigue.

IVe INDICATION.

Atrésie de la pupille, complète ou incomplète, suite d'iritis ou d'irido-choroïdite. — Ou les exsudations occupent une seule partie de la prunelle et ne laissent pas assez de place pour l'arrivée des rayons lumineux jusqu'à la rétine, ou bien elles la ferment complétement et la vision est nulle malgré l'intégrité de la rétine et du nerf optique. C'est ici que le procédé de M. Desmarres donne les résultats les plus éclatants, d'abord parce qu'il arrête l'inflammation chronique de la choroïde quand elle existe, et ensuite parce qu'il ouvre un passage aux rayons lumineux. Dans une irido-choroïdite ancienne, même très-avancée, avec une atrophie commençante du globe de l'œil, non-seulement on ne craint pas de faire l'iridorhexis, mais c'est le seul moyen d'arrêter le progrès de la maladie.

Dans des cas pareils, le chirurgien doit s'attendre à des complications très-nombreuses, qui peuvent se présenter pendant l'opération. Ainsi, comme nous l'avons dit ailleurs,

des exsudations s'étendant sur une grande partie du cristallin, peuvent rendre la manœuvre opératoire difficile et le résultat douteux. C'est alors que l'iridectomie doit être pratiquée, séance tenante, dans un autre sens, selon le procédé qui a été signalé plus haut.

Bien souvent on trouve derrière l'iris un cristallin opaque. On ne doit pas alors hésiter à faire l'extraction du cristallin en déchirant la capsule et en introduisant la curette au-dessous du noyau, si le cristallin est demi-mou, ou bien en agrandissant la plaie pour l'extraire, comme dans le procédé de kératotomie ordinaire, quand il est dur. Quelquefois le cristallin est complétement résorbé, mais ce qu'on trouve derrière l'iris n'est qu'une exsudation dense, épaisse et résistante, qu'il est difficile de saisir ou de déchirer avec quel instrument que ce soit; les pinces glissent sur elle sans l'accrocher, et il faut beaucoup de précautions pour arriver à la percer sans faire sortir une grande quantité du corps vitré. Ces cas sont souvent des cas désespérés où le chirurgien ne doit pas compter sur un résultat satisfaisant : d'abord parce qu'il peut survenir une atrophie complète du globe, indépendante de l'opération, et que les exsudations une fois rompues se reforment souvent, par suite de nouvelles inflammations contre lesquelles l'art ne peut rien.

Sur les 189 pupilles artificielles pratiquées en 1861, 63 l'ont été pour des cas d'irido-choroïdite de différente nature et arrivées à des périodes très variées. Voici quel en a été le résultat : la guérison plus ou moins complète dans quarante-cinq cas; dans les dix-huit restants, la vue ne pouvait être rétablie, et l'on n'avait eu pour but que d'arrêter le mal ou de calmer les douleurs névralgiques. Voici quelques observations très instructives, et qui démontrent la possibilité de la guérison dans les cas en apparence les plus désespérés :

Obs. IV. — M. D..., âgé de 59 ans, ex-huissier, demeurant rue de l'Ancienne-Comédie, 5, fut atteint d'une irido-choroïdite chronique monoculaire qui se développa lentement dans l'espace de deux à

trois ans; en même temps la vue se perdait de plus en plus, au point qu'au mois d'octobre 1860 elle était complétement éteinte et que le malade pouvait à peine distinguer de cet œil le jour de la nuit. L'autre œil est bon.— Le 22 octobre, M. D... présente l'état suivant : le malade est d'une constitution assez robuste et d'une bonne santé ; l'œil droit présente des altérations remarquables : le globe n'est pas mou, la cornée est saine, mais une forte injection de vaisseaux l'environne; la chambre antérieure a diminué de capacité, l'iris est décoloré et de teinte sale jaunâtre ; la pupille complétement fermée par des exsudations. La vision est très-altérée et ne permet de distinguer que le jour, mais les phosphènes existent. On procède, le jour même, à l'opération de la pupille artificielle d'après le procédé de déchirement. L'incision est faite dans la partie inférieure de la cornée. Derrière l'iris on trouve une exsudation ; mais l'iris incisé donne une si grande quantité de sang, qu'on ne peut bien s'assurer du caractère de cette exsudation. On est par conséquent obligé d'en différer l'extraction. Les jours suivants le malade va bien, mais le sang remplit complétement la nouvelle pupille. Le 12 novembre, on tente une seconde fois le déchirement de l'iris, tout près de la première ouverture, mais en dedans. Cette fois l'iris donne très-peu de sang, ce qui permet de constater l'existence d'une exsudation épaisse. Il fut impossible de la saisir ou de la percer avec la pince capsulaire ; aussi eut-on recours à une pince un peu plus forte, à l'aide de laquelle on arriva à déchirer et à enlever, petit à petit, cette exsudation. Un peu d'humeur vitrée s'est échappé au moment où le dernier lambeau d'exsudation était extrait. Aussitôt après l'opération, le malade put distinguer les doigts. On fit l'occlusion des deux yeux. Le lendemain on constata que la plaie était réunie, qu'il n'y avait qu'un peu de sang dans la chambre et qu'une petite rougeur péricornéenne. Instillation de gouttes d'atropine. — 16. Le sang s'est résorbé en grande partie et le malade commence à reconnaître les objets qu'on lui montre. Depuis, il va de mieux en mieux, et le 10 décembre la pupille est noire, excepté dans sa partie inférieure, où l'on aperçoit quelques petits débris d'exsudation. Le malade voit à se conduire de cet œil.

Obs. V. — M. D..., âgé de 56 ans, potier de terre, demeurant rue Gracieuse, 45, vient à la clinique le 18 janvier 1861. Il y a deux ans, il a été atteint d'une violente ophthalmie double qui a duré plusieurs mois, et qui a laissé une tache sur chaque œil avec une perte presque complète de la vision. Depuis cette époque, il a fréquemment ressenti des douleurs dans l'œil gauche, jusqu'à ce que la vue s'y soit tout à fait éteinte. Avec l'œil droit il apercevait encore un peu de côté, mais depuis que la vue s'est perdue à gauche, il a commencé à en souffrir aussi. Après deux ou trois mois de ces

douleurs, la cécité est également survenue de ce côté. La santé générale est du reste bonne. — *État actuel.* — L'œil droit est un peu rouge et présente un large leucome ulcéré et vasculaire dans la partie inférieure et interne, leucome qui masque en grande partie la pupille; la chambre antérieure est diminuée d'étendue; l'iris un peu décoloré et adhérent au leucome, la pupille fermée par une exsudation. Le malade distingue le jour de la nuit; il perçoit l'ombre d'une main qu'on fait passer devant cet œil, mais ne reconnaît pas la main elle-même. Tous les phosphènes existent. L'œil gauche est complétement amaurotique et n'a pas la sensation de la lumière quantitative. Les phosphènes y font défaut : le globe est un peu mou et présente aussi un large leucome adhérent à la partie inférieure de la cornée; l'iris est vert-jaunâtre; la pupille, libre en partie, laisse voir le cristallin opaque. M. Desmarres pratique aussitôt la pupille artificielle à l'œil droit, dans la partie supérieure et interne; l'iris se déchire facilement et laisse voir une exsudation derrière la nouvelle pupille. Le sang s'écoule en abondance, et, bien qu'on en ait fait sortir une grande partie avec la curette, il en reste encore beaucoup dans la chambre, ce qui oblige à remettre à plus tard la fin de l'opération. — 21 *janvier*. La plaie est réunie, la pupille artificielle obstruée par le sang coagulé. — 1er *février*. Même état, avec un peu de rougeur de la conjonctive. Atropine. — 15. La pupille artificielle est fermée par les exsudations. On pratique une seconde fois la même opération au côté externe et inférieur; mais, comme on y rencontre des exsudations capsulaires et le cristallin opaque, on fait par la même plaie l'extraction du cristallin par le procédé suivant : D'abord on déchire la capsule avec le kystitôme, puis on enfonce la curette dans les couches corticales périphériques du cristallin pour passer au-dessous du noyau. Une fois derrière celui-ci, on l'amène d'arrière en avant et on le brise contre la cornée, afin de pouvoir l'extraire par fragments. En effet, après cette partie importante de l'opération, on procède à l'enlèvement, morceau par morceau, de tous les débris de la cataracte brisée. Ce dernier temps s'achève sans difficulté; mais au moment où l'on allait pêcher le dernier fragment de la cataracte, la membrane hyaloïde s'est rompue et il s'est échappé un peu d'humeur vitrée. Un repos de quelques minutes, les paupières fermées, suffit pour en arrêter complétement l'issue. On constate alors que la plaie est en complète coaptation; la pupille artificielle est large et noire, et le malade compte les doigts. Pour les vingt-quatre heures suivantes, les paupières sont collées avec du taffetas d'Angleterre. — 16. La plaie est réunie, la pupille noire, et le malade reconnaît les objets qu'on lui présente. — 22. Même état de la pupille, une légère rougeur près du bord de la plaie. On prescrit l'instillation des gouttes d'atropine et

les fomentations avec l'infusion de thé vert.—25. La rougeur a complétement disparu, et le malade distingue les objets avec plus de précision. *Le 3 mars*, je lui donne les verres à cataracte ; il lit facilement avec le n° 2 1/2 biconvexe et voit bien de loin avec le n° 5.

Obs. VI. Demoiselle Marie C..., âgée de 19 ans, fille d'un ouvrier journalier, a la vue presque complétement abolie aux deux yeux, à la suite d'une ophthalmie double dont elle nous dit avoir été atteinte il y a un an et demi. Elle est d'une faible santé, pâle, anémique et se plaint d'avoir souvent des battements de cœur et de la dysménorrhée. Les deux cornées présentent de larges leucomes adhérents ; à droite elle est collée sur toute son étendue à l'iris et il est impossible de tenter quoi que ce soit en faveur de cet œil. Le gauche est aussi très gravement compromis : les quatre cinquièmes de la cornée sont opaques et ont contracté une adhérence complète avec l'iris ; il n'existe qu'une bande semi-annulaire près du bord sclérotical externe et supérieur, large de deux à trois millimètres, et longue de dix à douze millimètres, qui soit encore transparente. Derrière cette bande, l'iris se montre libre d'adhérences avec la cornée et a un aspect normal. L'œil n'est pas mort, il conserve la perception de la lumière quantitative et les phosphènes existent. Ces conditions permettent d'espérer quelque avantage de l'opération de la pupille artificielle. Le 20 juin 1860, M. Desmarres fils la pratique de la manière suivante : Après avoir fixé l'œil avec la pince, il fait une incision sur le point d'union de la cornée à la sclérotique, en entamant même un peu la sclérotique, passe avec le couteau entre l'iris et la cornée, et profite du moment où il retire la lame pour agrandir l'incision par le haut. Une seconde incision pareille est pratiquée un peu plus bas, et séparée de la première par un petit pont de deux millimètres, l'incision étant portée aussi un peu sur la sclérotique, dans le but de ne pas agir avec l'instrument sur la portion de la cornée restée transparente et de la prémunir contre toute cause traumatique d'inflammation et de trouble ultérieur. L'opérateur entre ensuite, à travers la plaie supérieure, dans la chambre antérieure avec une pince courbe, saisit l'iris du côté du pont de séparation des deux plaies, le déchire et l'amène au dehors de la plaie, où il est coupé avec les ciseaux courbes. La pupille apparaît noire, mais dans un espace très étroit. A travers une seconde plaie, M. Desmarres entre avec la pince, saisit l'iris du côté de la pupille nouvellement pratiquée et l'amène aussi au dehors pour l'exciser. Comme le cristallin était sain dans cet endroit et que l'iris n'y avait aucune adhérence, il se laissa déchirer et exciser dans une grande étendue, et la lumière put passer librement jusqu'à la rétine à travers une pupille large de trois millimètres et longue d'un centimètre.

Malheureusement la cornée, qui paraissait d'abord complétement

transparente, était un peu trouble. Cependant, aussitôt après l'opération, la malade put compter les doigts. — 22 *juin*. La réunion existe avec une rougeur notable près de la plaie; la cornée est un peu trouble, mais laisse apercevoir une pupille noire. Atropine en instillation, six gouttes par jour.—24. La rougeur a diminué, la cornée est moins trouble, et la malade aperçoit les personnes et compte les doigts à la distance de trente centimètres. — 9 *juillet*. Elle peut se conduire toute seule et distinguer, mais avec une certaine difficulté, les aiguilles sur le cadran d'une montre de poche.

Ve INDICATION.

Tumeurs et kystes de l'iris. On se bornera dans ces cas à faire l'excision de l'iris, en ayant soin de saisir du premier coup et la tumeur et la partie de l'iris sur laquelle elle repose. Les résultats de l'opération dans les trois cas de kyste de l'iris ont été satisfaisants. En voici un exemple :

Obs. VII. M. B..., âgé de 27 ans, maçon, demeurant rue Geoffroy-l'Anier, 14, avait toujours joui d'une bonne santé et d'une bonne vue. Il y a trois ans, il fut blessé à l'œil droit par un violent coup d'ongle. Il s'en suivit une iritis très intense, avec atrésie pupillaire, qui nécessita l'opération de la pupille artificielle. La vision était complétement rétablie, et pendant les trois années suivantes il put exécuter le travail de sa profession. Ce n'est que depuis trois semaines qu'il commence à s'apercevoir que son œil droit devient plus faible, et qu'il s'obscurcit de jour en jour, au point que maintenant il ne peut plus du tout voir de loin et que très peu de près. Telle est la situation lorsqu'il se présente à la clinique le 22 mars 1861. A l'examen direct, les membranes externes de l'œil n'offrent rien de particulier : la cornée est saine, seulement la pupille artificielle qui se trouve en haut et en dehors, porte dans sa partie supérieure une exsudation légère et ancienne; un tiers interne de la pupille est noir, la plus grande portion de cette ouverture est masquée par une tumeur. Cette tumeur occupe la partie supérieure et externe de l'iris et descend en bas jusqu'au bord pupillaire; elle est d'une couleur brunâtre, mais un peu plus pâle que l'iris et tout à fait privée de fibres radiées. L'éclairage oblique permet de voir qu'elle a une certaine épaisseur, que son bord interne est arrondi, et qu'il peut être suivi jusque dans la chambre postérieure. Le reste de l'iris est normal. Il est évident que nous avons à faire à un kyste de l'iris. Le malade distingue encore de près le cadran d'une montre de poche, mais non les personnes à la distance de six pas. A l'ophthalmoscope il est aisé de con-

stater que la rétine et la choroïde sont saines. M. Desmarres pratique le même jour l'extraction de ce kyste avec l'excision de la partie de l'iris occupée par lui. L'incision est faite dans la partie supérieure et externe de la cornée : la tumeur est saisie avec la pince, entraînée avec l'iris au dehors et excisée ; après quoi il s'écoule un peu de liquide transparent. — 23 *mars*. Le malade est presque complétement guéri, la pupille est noire ; il n'y a qu'un peu de rougeur péricornéenne. On prescrit des lotions avec l'infusion de thé vert. — 28. L'opéré est guéri et voit à lire de cet œil avec le verre biconvexe numéro 26.

VIe INDICATION.

Corps étrangers de l'iris. Les corps étrangers traversent souvent la cornée et vont s'implanter dans l'iris : rien n'importe plus que de les extraire. Il arrive quelquefois qu'on réussisse à faire une incision dans la cornée, à les saisir à travers cette plaie avec une pince et à les amener au dehors. Mais si le corps étranger est petit, s'il est très profondément fixé dans l'iris, il faut avoir recours à l'excision de la partie de cette membrane qui le recèle. Il serait extrêmement dangereux de le laisser tomber dans la chambre postérieure, parce qu'il n'y aurait plus possibilité de le retrouver derrière l'iris, surtout lorsque le sang remplit les deux chambres à la suite de l'excision. Nous avons surtout à signaler dans ce compte-rendu un très beau résultat de l'iridectomie pratiquée par M. Desmarres fils, pour corps étrangers de l'iris.

Obs. VIII. M. L......, âgé de 21 ans, cultivateur, demeurant à Dantilly, département de Seine-et-Marne, nous raconte qu'il y a sept ou huit jours il s'est blessé l'œil gauche avec un épi de blé, et que depuis cette époque cet œil a rougi et lui a causé beaucoup de souffrances. En examinant le malade on y constate, en effet, une rougeur périkératique très vive, principalement au côté externe et supérieur, point où le corps étranger a pénétré dans la chambre antérieure. La cornée est trouble près de son bord supérieur, et présente à son point d'union avec la sclérotique une plaie saillante qui se prolonge un peu sur cette dernière membrane. L'iris est enflammé et laisse apercevoir une légère strie jaunâtre placée entre les fibres longitudinales, strie qu'on reconnaît être un corps étranger. Du reste, le malade voit assez bien de cet œil, mais se plaint d'une violente pho-

tophobie. M. Desmarres fils fait une incision à la cornée, tout près de la blessure, entre avec la pince dans la chambre antérieure, saisit l'iris en même temps que le corps étranger, l'entraîne au dehors, et le retranche avec les ciseaux courbes. Dans la partie excisée de l'iris, on trouva le corps étranger, qui était une *barbe d'épi de blé* très fine et longue de quatre millimètres. Après l'opération, il s'épancha beaucoup de sang que l'on fit sortir au moyen de la curette. — 8 *juillet*. Le malade va bien, il a passé très tranquillement les deux jours qui ont suivi l'opération ; l'œil n'est pas rouge, la plaie est réunie et il n'y a qu'une légère infiltration de la cornée près de la ponction. Atropine en instillations. — 12. L'œil est complétement guéri, la pupille d'un beau noir, et le malade voit très bien de l'œil opéré.

VIIe INDICATION.

Les opérations de la cataracte par kératotomie ne réussissent, dans certains cas particuliers, qu'à la condition d'être précédées ou accompagnées d'une excision de l'iris.

a. Ainsi, une longue expérience a demontré à M. Desmarres que les extractions à lambeau ne donnent des résultats favorables chez les personnes diabétiques qu'à la condition d'une excision préalable de l'iris. Dans ce cas, il procède comme dans une opération de cataracte à lambeau, excepté que le couteau traverse à la fois la cornée et l'iris et qu'un lambeau de cette dernière membrane est pratiqué pendant qu'on achève l'incision de la cornée. M. Graefe a conseillé dans ces derniers temps de faire une double excision de l'iris en deux points opposés, et dit qu'on obtient par ce moyen des résultats assez satisfaisants.

b. Quelquefois on rencontre des cataractes très anciennes, densifiées par l'épaississement des couches épithéliales, au point que des adhérences nombreuses s'établissent entre la capsule et le cristallin, et s'opposent à l'issue de ce dernier, le kystitome glissant sur la capsule sans la déchirer, et la lentille restant fixée, sans bouger, à sa capsule. La même difficulté arrive aussi à cause de l'adhérence de la capsule à l'iris. C'est dans ces cas complexes que M. Desmarres procède à l'extraction à lambeau par l'excision préalable de l'iris. Cela

lui permet d'abord de déchirer plus largement la capsule, puis d'arriver avec une curette jusqu'au-dessous du noyau, quand les couches corticales sont ramollies, et de l'extraire; ou bien d'accrocher le cristallin sur sa périphérie avec un crochet simple et de le retirer au dehors.

Dans le courant de l'année 1860—1861, l'extraction de la cataracte à lambeau a été faite avec excision de l'iris : une fois à cause de l'adhérence de la capsule au cristallin, et l'observation de ce cas a été publiée par moi dans l'*Union médicale* du 23 octobre 1860; deux fois à cause de l'adhérence de cette dernière membrane à la capsule; trois fois pour un état de glucosurie. Le résultat n'a été satisfaisant que dans quatre cas. Chez les deux glucosuriques, l'opération a été suivié d'irido-choroïdite et d'exsudations pupillaires.

VIIIe INDICATION.

L'extraction linéaire telle qu'on la pratique aujourd'hui est très simple; elle consiste à faire une incision de huit millimètres à la cornée près de son bord, et à extraire avec la curette de Daviel le cristallin ramolli. M. Desmarres la met en usage depuis plusieurs années, principalement chez les sujets qui portent une cataracte molle ou liquide, et dans le cas de cataracte traumatique. Mais ayant tous les ans un nombre considérable de malades à opérer de la cataracte, il est tombé nécessairement sur des cas compliqués et qui présentaient des difficultés opératoires. Ainsi, tantôt l'iris faisait hernie chaque fois qu'on introduisait ou retirait la curette et était nécessairement contusionné; tantôt il se contractait, après la sortie de l'humeur aqueuse, au point qu'il empêchait de passer avec la curette au-dessous du noyau. Ces inconvénients ont forcé M. Desmarres à exciser l'iris chaque fois qu'il faisait hernie, ou que le noyau plongeait derrière l'iris et ne pouvait être ramené au dehors, ou bien encore que le malade était diabétique. Malgré cette double opération, les sujets guérissaient parfaitement bien.

C'est donc M. Desmarres qui le premier a imaginé et adopté cette manière d'agir. Depuis 15 ans au moins, il suivait cette pratique avant que qui que ce fût en France ou en Allemagne l'eût, à sa connaissance, pratiquée. Depuis, M. Graefe a généralisé l'application de cette méthode en y donnant le nom de « méthode modifiée de l'extraction linéaire(1). » A vrai dire, il n'y a rien de nouveau dans cette modification; M. Graefe ne fait que ce que M. Desmarres a fait depuis longtemps; seulement, au lieu de s'en servir dans des circonstances exceptionnelles, en quelque sorte accidentelles, comme cela se pratique dans notre clinique, l'oculiste allemand veut qu'on l'emploie toutes les fois que le malade a plus de 50 ans, et que le noyau de sa cataracte est dur, tandis que les couches corticales sont ramollies. Il y est d'autant plus porté que le malade est plus débilité, qu'il a la peau atrophiée, les muscles de l'œil dégénérés en graisse, ou bien qu'il a un catarrhe chronique des bronches, un asthme, une affection des reins, etc., ou une affection chronique des paupières, des synéchies postérieures, ou encore quand la cataracte est traumatique avec iritis.

L'excision de l'iris dans l'extraction linéaire ne nous semble pas devoir être pratiquée aussi fréquemment que le conseille M. Graefe, parce que, malgré toute l'innocuité de l'opération et la question plastique « affaire de toilette, » dit-il, il est du devoir d'un chirurgien de laisser à l'œil son aspect normal et de conserver autant que possible la membrane qui sert à le garantir contre l'action exagérée de la lumière.

Nous conseillons donc, avec M. Desmarres, de la faire toutes les fois que la cataracte traumatique sera accompagnée d'une iritis, quand il arrive qu'au moment de l'introduction de la curette l'iris fait hernie et ne peut être réduit, ou quand, les couches corticales étant extraites les premières, le noyau aura passé derrière l'iris; enfin quand le malade sera diabétique ou albuminurique.

(1) *Archiv für Ophthalmologie*, t. V, p. 1, et t. VI, p 2.

Cette opération a été pratiquée seize fois : treize fois avec un succès complet, et trois fois avec exsudations pupillaires consécutives. En voici une observation :

Obs. IX. M. G....., âgé de 26 ans, ardoisier-mineur, demeurant impasse St-Sébastien, 8, a été blessé aux deux yeux, il y a huit mois, par une explosion de mine. Une inflammation violente s'est déclarée aussitôt, et lui fit perdre la vue des deux côtés, au point de ne plus lui permettre qu'à peine de se conduire de l'œil gauche. Le 18 avril 1860, nous constatons l'existence d'une cataracte molle à l'œil droit avec synéchie postérieure vers la partie externe de la pupille, point où l'iris est divisé en deux et offre une large fente. La cornée présente un large leucome à la partie correspondante. Les phosphènes existent. A l'œil gauche, l'iris est également divisé en bas et en dehors, et offre de même une fente ressemblant beaucoup à un colobome. La pupille est couverte d'une exsudation, mais le malade voit un peu à travers la fente de l'iris. M. Desmarres fait le même jour l'extraction linéaire avec déchirement de l'iris à l'œil droit. L'incision de la cornée est pratiquée au côté externe, l'iris saisi avec la pince du côté de la synéchie, déchiré et excisé ; puis, à travers les couches corticales ramollies, la curette est plongée assez profondément pour passer au-dessous du noyau et le ramener au dehors. Les débris des couches corticales sont extraits ensuite sans accident ; aussitôt après l'opération, le malade voit à compter les doigts. — 20 *avril.* L'œil va bien et n'offre aucune trace d'inflammation, la plaie est réunie. — 25. La pupille est noire, excepté à sa partie inférieure et interne, où l'on aperçoit une légère exsudation. Atropine en instillations. — 30. Le malade voit très bien de l'œil opéré, avec les lunettes à cataracte ; on lui recommande de ménager son œil pendant deux semaines au moins, et de ne se servir de lunettes qu'après ce délai. Pour ce qui est de l'autre œil, nous engageons le malade à se contenter du peu de vision qu'il possède et à ne l'exposer aux chances d'une opération qu'en cas de nécessité absolue.

IXe INDICATION.

Cataractes secondaires, suites de l'opération de l'abaissement ou de l'extraction ; elles sont de différentes formes : tantôt minces, constituées par la capsule enveloppant les couches corticales ramollies ; tantôt épaisses, dures, composées de la capsule densifiée par des exsudations plastiques. Dans ce dernier cas, les cataractes adhèrent quelquefois sur

une très grande étendue à l'iris et ne peuvent être enlevées qu'avec la partie adhérente de cette membrane. Il faut dire cependant que les dispositions de ce genre sont très rares; aussi doit-on essayer d'abord de déchirer tout simplement cette cataracte, ou de l'extraire avec une serre-tête avant d'entreprendre l'excision de l'iris.

Comme on le voit dans le tableau statistique, nous avons eu quatre opérations se rapportant à cette catégorie, et toutes quatre ont eu une bonne issue.

En Angleterre et en Allemagne, on pratique quelquefois une pupille artificielle lorsque la cataracte est corticale périphérique commençante, dans le but d'arrêter le progrès de la maladie. Nous ne croyons pas que le chirurgien soit autorisé à pratiquer l'opération, même la plus innocente, sans une nécessité absolue. Nous avons eu dans notre clinique des cas dans lesquels M. Desmarres a pratiqué la pupille artificielle pour un leucome de la cornée, et où l'on apercevait aussi les opacités périphériques du cristallin. L'opération de la pupille artificielle n'a point arrêté la marche et le développement de la cataracte, et les malades ont été forcés de revenir après dix mois, un an au plus, pour se faire opérer de la cataracte. Des faits pareils ne permettent donc pas d'espérer des résultats satisfaisants de cette opération dans les cataractes commençantes.

Après avoir examiné toutes les maladies situées dans l'hémisphère antérieure de l'œil, qui peuvent commander l'opération de la pupille artificielle, il nous reste à exposer les cas dans lesquels certaines maladies plus profondes exigent la même pratique curative.

Parmi ces maladies nous devons ranger l'irido-choroïdite et le glaucome. Nous avons déjà parlé de l'irido-choroïdite à propos de l'atrésie de la pupille, et nous n'y reviendrons pas.

Il ne nous reste donc plus à traiter que la question du glaucome aigu et chronique.

Quant à l'hydropthalmie, à l'excavation de la papille provenant d'une cause cérébrale ainsi qu'à l'atrophie simple de la papille, dans lesquelles M. Desmarres a essayé, à plusieurs reprises, l'excision de l'iris, le résultat a toujours été négatif ou si peu avantageux, qu'il n'y a pas lieu, nous semble-t-il, de poursuivre ces essais infructueux. Dans les atrophies simples de la papille, non-seulement l'opération n'apporte pas d'amélioration, mais parfois elle accélère au contraire la marche de l'affection. On préférera donc à toute intervention chirurgicale un traitement thérapeutique, dirigé contre les causes présumables du mal.

Xe INDICATION.

GLAUCOME (1).

L'opération de l'iridectomie pour la guérison du glaucome a été pratiquée quarante-sept fois pendant dix-neuf mois des années 1860 et 1861. Trente-huit fois le résultat en a été satisfaisant. Tous les malades qui se sont présentés à une période récente de la maladie ont recouvré la vue et pu reprendre leurs occupations ordinaires. D'autres, atteints d'un état plus avancé de la maladie, ont récupéré la faculté visuelle à un moindre degré, mais toujours assez pour se conduire. Les deux catégories des malades guéris ou améliorés forment un total de trente-huit. Les neuf qui restent n'ont rien ou que très peu gagné à l'opération en ce qui regarde la vision, parce qu'il y avait chez eux amaurose complète; seulement, comme elle n'avait été entreprise que pour calmer les douleurs névralgiques ciliaires, il s'en est suivi pour cinq d'entre eux un calme immédiat et permanent; pour deux, une amélioration qui s'est fait attendre assez longtemps : les deux autres enfin,

(1) La plupart des opinions émises sur ce sujet me sont personnelles. X. G

chez qui la cataracte compliquait le glaucôme, eurent à subir l'iridectomie et la kératotomie. Les souffrances de l'un d'eux ont cessé immédiatement; chez l'autre, le phlegmon de l'œil a été la conséquence de la double opération.

Le tableau statistique qui se trouve en tête de ce travail indique que, seize fois seulement, on a opéré les deux yeux, non que le glaucome double n'ait été observé que seize fois, mais parce qu'on a dû s'abstenir de faire l'opération aux deux yeux chez des malades dont un seul œil était affecté de glaucome, alors que l'autre n'offrait que des signes d'hypérémie ou de congestion choroïdienne, état sympathique modifiable par le fait même de l'opération appliquée à l'œil malade; ou bien parce que l'autre œil était complétement amaurotique et que le patient n'y ressentait aucune douleur susceptible de commander une intervention active.

Avant d'entrer plus loin dans la description des détails et des particularités qui se sont présentées à notre observation, et de faire connaître les indications de l'opération dans les différentes formes et degrés de la maladie, je pense qu'il ne sera pas inutile d'exposer ici quelques idées et appréciations générales sur la maladie elle-même en général.

Nulle maladie n'a été moins connue que le glaucome jusqu'à la découverte de l'ophthalmoscope; on pourrait dire aussi que nulle autre n'a été l'objet de tant de commentaires. Après les théories exposées par Wenzel, Walther, Weller, Jüngken, Mackenzie, etc., etc., Schröder Van der Kolk et Arlt avaient déclaré que la maladie siégeait principalement dans la choroïde, et encore croyaient-ils devoir compléter leur théorie en prétendant qu'avec l'altération de la choroïde il y avait décollement de la rétine. La découverte de l'ophthalmoscope a apporté une lumière nouvelle sur cette question; grâce à elle, on a pu examiner le fond de l'œil et observer les changements qui s'y produisaient dans le courant de la maladie. C'est à dater de ce moment que M. Ed. Jaeger dont M. Desmarres estime hautement les travaux et le carac-

tère, constata le premier que le nerf optique présentait un aspect particulier, que sa papille était ronde, d'une teinte gris-verdâtre entourée d'une zone blanche nacrée, et que les vaisseaux en étaient déjetés sur le côté. L'observation était exacte, mais l'explication qu'il en donna ne l'était point. Jaeger, en effet, ne voyait dans cet aspect de la papille qu'une saillie produite par des exsudations. MM. Graefe, Coccius et autres acceptèrent cette interprétation jusqu'au moment où le docteur Weber (1) démontra, sur les yeux d'un chien, qu'on se trompait quand on croyait voir la papille convexe, alors qu'elle était en réalité concave. Cette observation une fois faite et répandue, MM. Graefe et les autres revinrent de leur première erreur et corroborèrent de leur opinion l'idée de l'existence d'une excavation de la papille, ce qui du reste fut bientôt confirmé par les recherches microscopiques de M. H. Müller.

A. **Symptomatologie.**

Dans la majorité des cas, la maladie est précédée de prodromes qui varient beaucoup et qui peuvent même faire quelquefois défaut. Sur les quarante-sept cas observés par nous, ils n'ont manqué que trois fois. Le plus souvent ce sont des photopsies consistant en éblouissements, arc-en-ciel entourant une flamme, etc., qui apparaissent par intervalles et pendant plusieurs mois. Quelquefois la vue se trouble périodiquement pour quelques heures, pour un jour ou plus et revient ensuite. Les douleurs au front et aux tempes peuvent apparaître aussi, mais plus rarement que les autres symptômes, et ne se déclarent ordinairement que dans la période d'état de la maladie. Celle des prodromes dure quelques mois, jusqu'à ce qu'un accès aigu survienne, ou que la maladie se continue en prenant la forme chronique. Dans l'un

(1) *Archiv für Ophth.*, t. II, 2e part., p. 141.

comme dans l'autre cas, le glaucome présente dans la période d'état les phénomènes suivants :

Signes anatomiques. — OEil dur; conjonctive et tissu sous-conjonctival injectés, avec les veines engorgées; quelquefois chémosis séreux, principalement dans un accès aigu; cornée trouble, chagrinée à cause du soulèvement de l'épithélium et insensible; chambre antérieure diminuée de capacité; iris sale, à bord pupillaire inégal, comme déchiré; pupille dilatée et immobile; cristallin et corps vitré troubles; choroïde injectée; papille du nerf optique atrophiée et fortement excavée, avec interruption des vaisseaux à sa circonférence; pulsation spontanée de l'artère centrale de la rétine au point de son immergence.

Symptômes physiologiques. — Vision sensiblement diminuée, quelquefois rapidement et dans l'espace de quelques jours; dans d'autres cas, diminution graduelle ou intermittence dans l'apparition du trouble de la vue; champ visuel rétréci; cercles irisés ou arc-en-ciel autour de la flamme, apparaissant avant que la maladie soit déclarée; douleurs très vives dans toutes les branches de la cinquième paire, souvent sous forme intermittente, quelquefois suivies de vomissements.

Outre ces symptômes principaux, il y en a de secondaires et qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement. Ainsi, parmi nos quarante-sept malades, nous avons vu quatre fois la cornée ulcérée; une fois, dans l'épaisseur de la cornée, des épanchements sanguins sans ulcérations. Dans la sclérotique, on voit parfois des staphylômes se produire sur une plus ou moins grande étendue. L'iris est resté deux fois sans changement notable; il avait même conservé sa mobilité alors que les autres symptômes étaient très prononcés. Trois fois nous avons trouvé sur la marge pupillaire de larges synéchies. Le cristallin a été vu quatre fois opaque. Quant au corps vitré, il est le plus souvent trouble sans présenter d'exsudations flottantes floconneuses. La rétine n'offrait rien de particulier

dans les quarante-sept cas; deux fois seulement nous avons vu de petits épanchements ronds, situés près de l'ora serrata. La papille du nerf optique, à la période aiguë de la maladie, était injectée; les vaisseaux étaient fortement engorgés, ou bien elle ne se voyait que comme au travers d'un épais brouillard. Dans la période plus avancée de la maladie, elle était excavée, à doubles contours, blanche nacrée, avec les stries de la lame criblée au centre; les vaisseaux rejetés sur le côté interne; les veines toujours s'arrêtant sur la marge du deuxième contour de la papille et fortement engorgées. La pulsation spontanée de l'artère a manqué trois fois, mais elle pouvait être facilement provoquée à l'aide d'une légère pression du doigt. Une fois nous avons observé une forte injection de la papille sans excavation, mais les artères étaient très minces, tandis que les veines étaient fortement engorgées jusqu'au bord de la papille. De là jusqu'au centre, les mêmes veines disparaissaient presque complétement, au point que c'est à grand'peine qu'on pouvait les distinguer.

C'était un cas de glaucome aigu à son début.

Souvent nous avons aperçu un demi-cercle blanchâtre, large de 3 à 6 millimètres, situé près du bord externe de la papille optique, ressemblant assez au staphylôme postérieur. Ce demi-cercle n'avait jamais des bords bien tranchés, et dépendait probablement d'une désorganisation de la choroïde. Cela se voyait le plus fréquemment dans les cas chroniques.

La choroïde dans l'état aigu de la maladie n'était pas toujours visible, à cause du trouble du corps vitré; quelquefois on reconnaissait que les vaisseaux de cette membrane étaient fortement engorgés. Mais, dans la majorité des cas de glaucome chronique, on ne trouvait aucun changement dans la choroïde : ni macération du pigment, ni injection exagérée des vaisseaux. Nulle trace d'exsudation plastique choroïdienne, ni rétinienne. Une fois nous avons vu le glaucome se développer dans un œil atteint depuis plusieurs mois d'un décollement très large de la rétine. Ce glaucome s'était dé-

claré brusquement avec des douleurs très violentes et un chémosis si prononcé qu'il masquait à moitié la cornée; celle-ci, de son côté, était trouble et infiltrée. Dans ce cas, M. Desmarres fut forcé d'enlever l'hémisphère antérieure de l'œil; la cicatrisation s'est faite régulièrement, et le malade a été guéri de ses douleurs. L'autre œil est resté sain.

B. Coïncidence du glaucome avec d'autres maladies.

1° Le glaucome ne se déclare jamais dans un œil atteint primitivement d'un staphylôme postérieur. Telle est du moins l'observation qu'a faite M. Desmarres et que je puis confirmer, pour n'y avoir jamais vu d'exception. On trouve quelquefois un demi-cercle blanchâtre près de la papille, ressemblant beaucoup au staphylôme postérieur, mais il est dû à la désorganisation de la choroïde, causée par la pression interne occasionnée par le glaucome, et nullement à la myopie. Le glaucome ne se développe pas dans un œil atteint de staphylôme postérieur, probablement parce que la sclérotique, peu résistante près du nerf optique, subit toute la pression et se distend en arrière, tandis que le nerf optique y échappe.

2° Le glaucome peut se déclarer dans un œil atteint d'une atrophie de la papille et d'une rétinite pigmentaire, ainsi que nous l'avons observé à notre clinique.

3° Le glaucome ne se développe presque jamais dans un œil qui a été opéré de la cataracte. Jusqu'à présent nous n'avons vu qu'une seule exception à cette règle. Les symptômes de la choroïdite traumatique consécutive à l'abaissement ressemblent quelquefois beaucoup au glaucome, mais les signes essentiels dus à la pression interne n'y existent qu'en apparence. La sensibilité de la cornée est exagérée, le corps vitré rempli de flocons exsudatifs, la désorganisation marquée dans la choroïde, et notamment dans le pigment,

sont des signes qui démontrent l'existence d'une maladie distincte du glaucome et qui sont ceux de la choroïdite traumatique.

C. Nature du glaucome.

On ne doute plus aujourd'hui que tous les symptômes qui s'observent dans le glaucome ne soient dus à la pression exagérée à l'intérieur de l'œil, pression occasionnée par une infiltration séreuse du corps vitré. Selon M. Graefe, la choroïdite glaucomateuse constitue l'essence de cette maladie; les changements qu'on trouve dans d'autres membranes, tels que l'altération de la rétine, du nerf optique, de l'iris, de la cornée, etc., ne sont que la conséquence de l'état pathologique primitif de la choroïde.

« Le véritable siége de cette affection, dit au contraire M. Desmarres, ne peut être rapporté à aucune des membranes oculaires en particulier (1). » En effet, quelle preuve a-t-on que la choroïdite soit la cause première de la maladie? Est ce la dureté de l'œil? mais cette même dureté existe dans l'hydrophthalmie sans choroïdite et dans les tumeurs internes de l'œil. Veut-on prendre pour signe de la choroïdite un trouble du corps vitré? mais le glaucome chronique s'accompagne d'une transparence complète du corps vitré. L'ophthalmoscope ne donne non plus aucune preuve de l'existence d'une choroïdite, car souvent dans des glaucomes la choroïde est tout à fait normale sans la moindre désorganisation du pigment. Il est vrai que le glaucome aigu ne laisse pas de doute sur l'état inflammatoire de la choroïde, mais n'y a-t-il pas ailleurs de cause de cette inflammation? D'autre part, le glaucome chronique ne doit-il pas être considéré comme une simple hypersécrétion des humeurs de l'œil se faisant à la manière de l'hydarthrose, de l'hydrocèle, de l'ascite, etc.,

(1) *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1847 et 1858, 2e édition.

affections qui se développent sous l'influence des causes générales ainsi que de l'affection des vaisseaux?

Pour faire bien comprendre la nature et le mécanisme de la maladie, je crois nécessaire de rappeler ici la comparaison de M. Desmarres entre le glaucome et une hernie étranglée ou un paraphymosis : en effet, supposons que le sang qui arrive dans l'œil n'ait pas d'issue libre, il s'ensuivra une exagération de la sécrétion et une augmentation du volume des milieux liquides. Les liquides ainsi accrus exerceront une forte pression sur la sclérotique qui, très dense et très résistante, ne peut pas se distendre. Il s'ensuivra une compression très grande de toutes les membranes sensibles de l'œil et un véritable étranglement interne, avant qu'une inflammation de la choroïde ou de toute autre membrane ait eu le temps de se déclarer. Cela est si vrai, dit M. Desmarres, qu'à la fin, dans les cas exagérés, il y a, comme dans une hernie étranglée, un vrai sphacèle.

D. Conditions étiologiques.

Ce n'est pas sans raison que les anciens, qui avaient un esprit analytique et observateur très élevé, appelaient cette maladie « ophthalmie abdominale, arthritique, veineuse, etc. » Nos observations journalières démontrent qu'il existe un certain rapport entre l'apparition du glaucome et le trouble de la circulation abdominale, développé, par exemple, sous l'influence de la suppression des règles, des hémorrhoïdes et d'autres flux habituels. Mais les conditions étiologiques qui paraissent favoriser le plus le développement du glaucome se rattachent à la suppression ou à l'irrégularité du flux menstruel, et principalement à l'établissement de la ménopause chez la femme. Cette condition est si importante et si générale dans la maladie que nous étudions, que sur nos femmes opérées, douze avaient été atteintes du glaucome lors de la ménopause, deux autres alors qu'elles étaient mal réglées.

Quant à la suppression du flux hémorrhoïdal chez l'homme comme condition prédisposante du glaucome, elle est infiniment moins fréquente, et nous ne l'avons observée que quatre fois chez nos quatorze opérés. Une fois la maladie s'est déclarée dans la convalescence de la petite vérole. Quatre autres malades ont accusé des antécédents de nature rhumatismale. Enfin, chez deux, le glaucome s'était visiblement déclaré à la suite d'une cause traumatique.

L'âge avancé des malades joue un rôle non moins important dans la génèse de la maladie; quant au sexe, il ne paraît pas être un élément important. Voici le résultat de nos recherches cliniques à ce sujet :

Sur les trente et un malades glaucomateux soumis à l'opération, il y avait dix-sept femmes et quatorze hommes. Une fois seulement l'affection s'est déclarée à l'âge de 26 ans, et c'était à la suite d'une cause traumatique; deux fois, entre 35 et 45, neuf entre 45 et 57, treize entre 55 et 65, et six entre 65 et 75. Par conséquent, l'âge qui prédispose le plus à l'évolution de la maladie est celui de 45 à 65.

Nous ne savons pas jusqu'à présent quelle importance il faut attribuer à ces diverses conditions dans la production de la maladie, mais, leur influence étant très visible, nous avons cru nécessaire de les signaler. Des recherches ultérieures en démontreront probablement la valeur réelle.

E. Variétés.

Dans la description de la maladie, nous trouvons chez les auteurs une certaine divergence d'opinions, surtout en ce qui concerne la classification des différentes formes du glaucome.

Ainsi, M. Desmarres n'admet que deux variétés de cette maladie, *le glaucome aigu* et *le glaucome chronique*, qui ne diffèrent entre eux que par leur marche.

M. Graefe en admet une troisième, qu'il appelle « *amaurose*

avec excavation du nerf optique. » Dans cette troisième variété, il n'y a que l'excavation glaucomateuse de la papille et la pulsation artificielle de l'artère centrale de la rétine, facilement provoquée par la pression avec le doigt, qui existent; tous les autres symptômes du glaucome manquent complétement. Aussi M. Desmarres se refuse-t-il à admettre cette dernière forme du glaucome, et cela pour les raisons que nous allons dire : Puisque tous les symptômes de la maladie, de même que l'excavation de la papille, relèvent de la pression interne exagérée de l'œil, qui de son côté dépend de l'augmentation du volume du corps vitré, on ne doit pas supposer qu'un des phénomènes les plus importants de la pression puisse exister sans qu'on trouve d'ailleurs le moindre signe de cette pression exagérée. Or, dans le cas d'amaurose avec excavation de la papille, la dureté du globe, qui est un résultat direct et un symptôme facilement appréciable de la pression intra-oculaire, manque complétement. Tous les autres symptômes du glaucome n'existent pas non plus. Il est vrai que M. Graefe a vu des malades atteints à un œil d'un glaucome complet type bien déclaré et d'une amaurose avec excavation à l'autre; circonstance d'où il inféra que les deux maladies étaient identiques. Mais ce sont là des faits exceptionnels et excessivement rares, dont l'explication est difficile. Du reste, il pourrait se faire que les deux yeux fussent amaurotiques, et que plus tard un des deux yeux fût atteint de glaucome. Rien n'est plus acceptable que cette supposition, d'autant plus que nous avons vu dernièrement, à notre clinique, le glaucome se développer dans des yeux atteints de rétinite pigmentaire très avancée avec atrophie de la papille; les vaisseaux de la rétine étaient à l'état filiforme et rejetés sur le côté interne. Comment expliquer cette coïncidence des deux maladies? Nous sommes disposés à croire que le glaucome s'est déclaré comme complication dans des yeux amaurotiques.

Une autre preuve de la différence de nature du glaucome et de l'amaurose accompagnée de l'excavation de la papille, se

tire du traitement. Ainsi l'opération de l'excision de l'iris, qui est si efficace dans un glaucome, non-seulement ne produit pas d'amélioration dans l'amaurose avec excavation optique, mais aggrave même visiblement le mal; ce qui a forcé M. Desmarres à abandonner l'opération dans cette dernière affection. Notre statistique actuelle ne se rapportera par conséquent qu'au glaucome aigu et chronique, puisque c'est dans ces deux formes seulement que M. Desmarres pratique l'iridectomie.

F. Traitement.

Le traitement devait participer des progrès faits dans ces dernières années par la pathologie de cette affection. Autrefois on prescrivait le traitement antinévralgique, et c'était à l'époque où l'on considérait cette maladie comme purement nerveuse. Mackenzie faisait l'extraction du cristallin, croyant que l'affection consistait dans une lésion de cet organe. Lorsqu'il y avait des symptômes évidents de congestion et d'inflammation, on prescrivait les saignées locales et générales, et les autres moyens antiphlogistiques, ou bien les diurétiques, les diaphorétiques, les laxatifs, etc., mais tous ces moyens ne procuraient aucun résultat avantageux. Les dérivatifs, cautères, sétons, pommades stibiées, etc., ne produisaient rien de mieux. C'est alors que M. Desmarres, après avoir essayé de tous les traitements qui avaient été employés avant lui, et avoir reconnu qu'il n'en retirait aucun bénéfice, qu'au contraire la maladie, au lieu de s'arrêter, s'aggravait de jour en jour, et que la tension de l'œil devenait extrême dans la choroïdite aiguë tout aussi bien que dans le glaucome, proposa de faire la paracentèse. C'était en 1847 (1), par conséquent bien avant la découverte de l'ophthalmoscope et les recherches de M. Graefe. Voici ce que M. Desmarres disait à cette époque de la paracentèse appliquée aux affections

(1) *Traité des maladies des yeux*, 1847, p. 681 et 767.

réputées glaucome, choroïdite, aquo-capsulitis à forme intermittente, etc., et qui constituent aujourd'hui la famille des glaucomes. Après avoir décrit (p. 677) la choroïdite chronique subaiguë, caractérisée, selon lui, « par la pupille déformée, dilatée et immobile, le fond de l'œil d'une légère teinte sale grise ou verdâtre, et la dureté du globe de l'œil, qui produit souvent la sensation d'une bille de marbre quand on la touche à travers la paupière, » M. Desmarres donne pour le traitement le conseil suivant (page 681) : « Le seul moyen qui puisse soulager à l'instant le malade pendant cette période aiguë, c'est la ponction (paracentèse) *aussi large que possible* des staphylômes, *ou celle de la cornée*, quand il n'existe pas de tumeurs sur la sclérotique; il ne se passe pas ordinairement dix minutes, lorsque cette petite opération a été bien faite, sans que le malade en éprouve un immense soulagement. Les douleurs disparaissent aussitôt, et un sommeil bienfaisant succède souvent à une agitation terrible... Si l'on ouvre les bosselures, de manière à affaisser légèrement le globe par la sortie d'une portion de l'humeur aqueuse, et qu'au besoin on répète plusieurs fois la ponction dans la même journée, le gonflement inflammatoire doit nécessairement tomber, et les douleurs disparaître en même temps que les symptômes généraux. Dans une circonstance aussi grave, on ne doit pas se laisser effrayer par l'action traumatique de la ponction : d'ordinaire elle est nulle; je dirai même qu'elle est presque impossible, puisque, en définitive, la plaie qu'on a faite empêche le gonflement de survenir, en laissant suinter pendant quelque temps une certaine quantité d'humeur aqueuse. »

Plus loin (p. 767), en parlant du traitement du glaucome, il ajoute : « On pourra faire tomber la douleur et disparaître l'accès, par des ponctions pratiquées de temps en temps au travers de la sclérotique; il en résultera de cette façon une détente salutaire. »

Enfin (page 777), dans la description de l'aquo-capsulitis, nous trouvons l'observation d'une demoiselle chez laquelle

« survint, à la fin de 1846, dans la membrane de l'humeur aqueuse une inflammation bien caractérisée. Tous les jours, à des heures indéterminées, la vue devient nette, et alors la chambre antérieure, la cornée et l'iris sont d'une transparence parfaite, qu'ils perdent ensuite pendant quelques jours. Contre cette curieuse intermittence, le sulfate de quinine a été prescrit, mais il n'a réussi qu'à éloigner les accès, sans les faire disparaître. — Le 3 janvier 1847, la malade a été prise tout à coup de violentes douleurs dans l'œil gauche. Elle vient me trouver vers trois heures de l'après-midi, me priant de lui enlever l'œil, si elle doit toujours en souffrir ainsi. Je pratique aussitôt la paracentèse par la cornée, et en moins d'une demi-heure je donne issue trois fois à l'humeur aqueuse, en écartant, au moyen d'une curette, les lèvres de la petite plaie faite à la cornée. La douleur disparaît immédiatement en même temps que l'inflammation aiguë, et la maladie reprend sa marche accoutumée. »

Il est remarquable, et on le voit du reste par ces citations, que M. Desmarres a été toujours préoccupé de faire tomber la pression interne, qui est le fait principal du glaucome. Il était évident aussi que, de tous les moyens employés contre cette maladie, la paracentèse était le seul efficace, le seul qui calmât les souffrances et arrêtât pour quelque temps la maladie. Il en est encore ainsi dans quelques cas chroniques, d'après nos observations cliniques.

M. Graefe, de Berlin, commença d'abord par expérimenter la méthode de M. Desmarres chez tous ses malades atteints de glaucome, et put constater une amélioration sensible après chaque opération. « Tous les symptômes, dit M. Graefe (1), qui dépendaient de la pression interne, cessaient aussitôt et les milieux réfringents devenaient clairs. Malheureusement, les résultats éclatants de cette méthode n'étaient que temporaires dans l'immense majorité des cas.

(1) *Archive für Ophthalmologie*, IIIe vol. IIe part., p. 489.

Parmi le grand nombre de malades que j'ai traités par cette méthode, il n'y en a que deux chez lesquels le résultat de l'opération soit resté durable. La femme opérée ainsi des deux yeux pour un glaucome, a conservé jusqu'à présent, trois ans après l'opération, la vue parfaitement bonne. Un homme opéré de l'œil droit par la paracentèse et de l'œil gauche six mois plus tard par l'iridectomie, est aussi guéri. »

Nous avons aussi des faits semblables, antérieurs à la période comprise dans notre compte-rendu actuel, et qui s'ajouteront à un travail plus complet sur le même sujet, celui-ci n'étant commencé que dans un but comparatif. Nous verrons dans ce travail des irido-choroïdites aiguës avec des névralgies effrayantes, des staphylômes enflammés, avec fièvre et vomissements, des ulcérations aiguës de la cornée, tomber immédiatement par la simple paracentèse. Nous verrons ce que cette même opération peut donner de bons résultats contre le glaucome aigu, et nous en étudierons les applications dans le glaucome chronique, affection dans laquelle l'iridectomie n'est souvent d'aucun secours, où elle est même impossible, à cause de l'atrophie de l'iris.

M. Graefe a cependant observé que l'effet curatif de la paracentèse n'était que temporaire dans l'immense majorité des glaucomes aigus, et c'est alors qu'il a essayé de remplacer cette opération par une excision de l'iris, qui lui avait déjà donné d'excellents résultats dans les irido-choroïdites, les staphylômes, les ulcérations de la cornée, etc. Il était évident que, dans ces derniers cas, l'excision de l'iris n'avait été salutaire qu'en diminuant ou supprimant la pression interne de l'œil; elle pouvait être, par conséquent, appliquée sans danger dans un glaucome où la pression interne était si forte. Ses expériences ont été couronnées d'un plein succès, et ce n'est pas nous qui contesterons l'importance de l'iridectomie appliquée au glaucome, nous qui en voyons chaque jour les excellents résultats. Mais nous ne voulons pas non plus cacher les insuccès de cette opération dans les glaucomes chroniques. Il

nous est arrivé plusieurs fois d'être dans l'impossibilité absolue d'exciser la moindre partie de l'iris quand celui-ci était fortement atrophié. L'opération dans ces cas se réduisait à une simple paracentèse, qui a cependant suffi pour calmer les douleurs et arrêter le mal. Dans d'autres cas, nous avons observé que l'excision de l'iris n'a pas donné une goutte de sang, cette membrane étant complétement atrophiée; et alors il arrivait de deux choses l'une : ou la maladie guérissait, et dans ce cas le résultat tenait à une simple paracentèse; ou bien elle n'était pas arrêtée dans sa marche : les souffrances persistaient, et la paracentèse répétée à plusieurs reprises, tous les trois ou quatre jours, finissait par en arrêter les progrès.

Ces faits ne nous permettant pas d'accepter indistinctement la méthode d'iridectomie pour tous les cas de glaucome, nous donnons ci-après les indications pour le traitement à suivre dans ces différentes formes et périodes.

G. **Époque à laquelle il faut opérer.**

Nous avons dit plus haut que le glaucome peut être précédé d'une période de prodromes, qui est plus ou moins longue et plus ou moins prononcée. Faut-il opérer dans cette période ?

Évidemment non, parce qu'on ne peut jamais être sûr que quelques symptômes vagues et incertains de trouble de la vue soient le début positif d'un glaucome. En supposant même, avec M. Graefe, que l'on ait affaire à un cas du glaucome déclaré à un œil et à des prodromes de cette affection à l'autre, il n'y a aucune nécessité de soumettre le sujet à une opération avant que la maladie soit bien établie. M. Graefe dit qu'il est nécessaire, dans ces cas, de pratiquer l'opération sans hésiter, parce que les résultats sont plus satisfaisants que si l'on attend davantage. Nous ne partageons pas cette opinion; nous croyons, au contraire, qu'il vaut mieux atten-

dre que la maladie soit en pleine évolution, de peur de s'exposer à faire subir une opération inutile et parfois dangereuse à des malades atteints seulement d'une simple congestion de la rétine ou de la choroïde. Dans ce moment, nous voyons à la clinique un malade qui a l'œil gauche complétement perdu par le fait d'un glaucome chronique non opéré. De l'œil droit il voit très bien, mais il y a trois mois il s'est plaint de voir trouble par moments et de ne pouvoir pas supporter la lumière le soir; il percevait des étincelles et avait des douleurs vagues au front et à la tempe droite, qui se faisaient sentir principalement le soir. A l'ophthalmoscope, nous n'avons trouvé qu'une légère congestion de la papille, ce qui nous a forcé de prescrire le traitement antiphlogistique et le repos des yeux. Trois semaines plus tard, il était complétement guéri. Depuis, nous le voyons tous les mois et nous pouvons constater l'état normal de son œil droit.

Il est donc évident qu'on ne doit pas trop se hâter d'intervenir chirurgicalement et qu'il faut, au contraire, recourir, pendant la période de prodromes, aux simples moyens antiphlogistiques, tels que ventouses ou sangsues à la tempe, atropine en instillation, frictions mercurielles au pourtour de l'orbite, purgatifs, etc.

En revanche, l'opération doit être pratiquée quand la maladie est bien confirmée, et principalement dans sa période aiguë, sans la moindre hésitation, et sans se laisser intimider par l'intensité de l'inflammation que présentera l'œil malade. Que ce soit l'accès aigu de la maladie, accompagné de cette rougeur vive péri-cornéenne avec chémosis, trouble de l'humeur aqueuse et de la cornée avec douleurs atroces, ou que le malade se trouve à un moment de calme ou dans une période de rémission complète, l'opération doit être pratiquée immédiatement. Et en effet, y a-t-il un avantage quelconque à attendre? Non. Nous savons par expérience que le glaucome, une fois déclaré, ne peut guérir sans opération ; par conséquent le plus tôt sera le mieux, parce qu'il y aura dans l'œil

moins de désordres consécutifs à la pression interne. D'autre part, l'expérience journalière démontre que l'opération elle-même n'est pas plus dangereuse dans la période aiguë la plus intense, que dans tout autre moment, ce qui est une raison de plus pour le chirurgien de ne pas tarder. Le bienfait de l'opération dépend presque absolument de la période peu avancée de la maladie, et nous avons obtenu la guérison complète avec conservation du champ visuel, toutes les fois que les malades ont été soumis à l'iridectomie dans les deux ou trois premières semaines. La guérison n'a été incomplète que quand l'excision de l'iris a été pratiquée plus d'un mois après le premier accès. Nous possédons des exemples très instructifs de ces différences de résultats chez les malades qui n'ont subi l'opération aux deux yeux qu'à un certain intervalle. Voici un de ces exemples :

Obs. X.—Madame A..., âgée de 58 ans, femme de ménage, demeurant à Paris, se présenta à la clinique de M. Desmarres le 6 février 1861, ayant l'œil gauche fortement enflammé, souffrant beaucoup depuis quatre jours, et ne pouvant distinguer depuis trois jours qu'une lumière confuse. Cette malade avait été bien portante et bien réglée pendant toute sa vie. Il y a 8 ans, les règles avaient commencé à diminuer sensiblement; depuis 3 ans elles étaient complétement arrêtées. A dater de cette époque, elle a eu de fréquents maux de tête et de la constipation irrégulière. La vue était cependant restée bonne; mais depuis deux mois elle avait commencé à voir de temps en temps, de son œil gauche, des cercles de différentes couleurs (rouges, verts, jaunes, lilas, etc.) autour de la flamme d'une lampe. Elle avait en même temps remarqué que le même œil se fatiguait plus que d'habitude. Il y a deux semaines, la vue s'était troublée tout d'un coup, et la malade avait ressenti dans l'œil une douleur gravative qui avait duré vingt-quatre heures; le lendemain tout avait disparu, et la vision était bien rétablie. Enfin, il y a quatre jours elle avait été prise subitement de douleurs atroces dans ce même œil, ainsi que de névralgies temporale et frontale correspondantes; l'œil était devenu très rouge, sensible à la lumière, larmoyant mais sans mucosités. La malade avait été soumise à un traitement antiphlogistique et anti-spasmodique; mais n'en ayant retiré aucun soulagement, était venue à la clinique. L'œil était très dur, fortement injecté tout autour de la cornée,

avec un léger chémosis séreux; la cornée légèrement troublée, insensible au toucher et son épithélium partout soulevé; la chambre antérieure diminuée, l'iris dilaté et immobile, le fond de l'œil complétement troublé. La malade distingue à peine la main qu'on passe devant elle, mais ne peut pas compter les doigts. L'ensemble de ces symptômes ne laissant aucun doute sur la nature glaucomateuse de l'affection, M. Desmarres se décida aussitôt à l'opération, qui fut faite à la partie externe et supérieure. L'iris excisé saigna beaucoup, et une heure après l'opération, la malade était complétement soulagée. — 7 *février*. La plaie est réunie et la cornée a repris sa transparence, sauf une légère infiltration près de la plaie. La rougeur péricornéenne a diminué. — 10. La chambre antérieure et la cornée sont transparentes, l'injection péricornéenne n'existe presque pas, et la malade distingue bien les grands objets. — 18. Elle est complétement guérie et peut lire le n° 2 de Jaeger. —Le 7 mai de la même année, cette femme est venue de nouveau à la clinique pour consulter sur son œil droit, dont la vue est sensiblement diminuée depuis cinq semaines. Elle raconte qu'elle a eu à cette époque une crise violente d'inflammation, qui n'a duré que trois jours; après les sangsues et les purgatifs, les douleurs se sont calmées, la rougeur de l'œil a disparu, mais la vue, quoique améliorée, est restée trouble. Pendant ces cinq semaines, elle a eu de temps en temps des douleurs au front et à la tempe droite, et la vision s'est altérée de plus en plus. A l'examen, nous trouvons tous les signes du glaucome à marche chronique; à l'ophthalmoscope, la papille du nerf optique présente les caractères essentiels de l'excavation glaucomateuse très avancée. La vue de cet œil est diminuée au point qu'elle ne peut pas lire le n° 20 de Jaeger. De l'œil gauche elle voit très bien et distingue même le n° 1, mais avec quelque difficulté. M. Desmarres pratique, le 7 mai 1861, l'excision de l'iris; mais comme cet organe est très notablement atrophié, il ne donne que très peu de sang. — 10. La réunion existe avec une légère suffusion de la cornée près de la plaie. — 16. La chambre antérieure est complétement transparente. — 27. La malade compte les doigts mais ne peut pas lire. — 10 *juin*. Un peu de trouble dans le corps vitré; la papille apparaît très blanche. — 15 *juillet*. Le corps vitré est devenu plus transparent, la papille apparaît très blanche, et la malade ne distingue de cet œil que le n° 16 de Jaeger.

Obs. XI. — Mademoiselle M...., 67 ans, lingère à Paris, femme d'une constitution assez faible, est habituellement bien portante et sa vue est longue et bonne. Vers le milieu du mois de février 1861, elle a été prise, un soir, de très fortes douleurs dans l'œil et la tempe droite. En même temps, son œil était devenu rouge et très sensible

à la lumière. Cette douleur avait persisté pendant huit à dix jours, se calmant dans la journée, pour s'aggraver le soir. La même intermittence s'observait dans la vue, qui s'éclaircissait périodiquement. Le 13 mars, la malade se présente à la clinique dans l'état suivant : l'œil droit est dur, les vaisseaux sous-conjonctivaux fortement injectés, forment un cercle autour de la cornée : celle-ci présente à sa surface un soulèvement marqué de l'épithélium; la chambre antérieure est diminuée; la pupille n'est pas dilatée, mais est peu mobile; l'iris est d'une couleur sale verdâtre, avec le bord pupillaire irrégulier. Le fond de l'œil s'éclaire à l'ophthalmoscope, mais difficilement; on y aperçoit la papille blanche, mais les vaisseaux n'en sont pas encore très déplacés. Dans l'œil gauche, on ne trouve que de légères opacités périphériques du cristallin. M. Desmarres fils pratique, le même jour, l'excision de l'iris à la partie supérieure et externe. La pression interne est si forte qu'aussitôt après la ponction de la cornée et la sortie de l'humeur aqueuse, toute la surface de l'iris se couvre de gouttelettes de sang. L'excision est faite régulièrement; l'iris saigne beaucoup après l'excision. — 15 *mars*. La réunion est faite; un peu de sang dans la chambre. — 18. La malade ne souffre pas. — 26. Elle compte les doigts. — 15 *avril*. L'œil est complétement guéri, et peut lire le numéro 8 de Jaeger, mais avec une certaine difficulté. Vers le milieu du mois de mai, la malade est revenue, et nous avons pu constater l'amélioration notable dans la vue de l'œil opéré. Elle distingue les lettres du numéro 3, et lit facilement le numéro 5.

Obs. XII. — Madame D...., 60 ans, femme d'un tourneur, demeurant à Paris, se présente à la clinique, le 16 juillet 1860, avec l'œil gauche fortement enflammé et dur; la cornée est chagrinée, l'iris dilaté et immobile, le fond de l'œil trouble. Des névralgies ciliaires atroces accompagnent ces désordres. Elle a été prise, pour la première fois, il y a six semaines, de douleurs ciliaires en même temps que de troubles de la vue. Après le traitement antiphlogistique qu'on lui a fait subir, tous ces symptômes, dit-elle, se sont calmés et la vue est complétement revenue. Il y a deux semaines, elle a commencé à ressentir de nouveau les mêmes symptômes, et la vue s'est affaiblie chaque jour au point qu'elle ne distingue plus aujourd'hui la lumière que confusément. Elle avait la vue longue et bonne, et n'avait jamais aperçu d'arc-en-ciel autour de la flamme. M. Desmarres fils pratiqua immédiatement l'excision de l'iris; il s'écoula beaucoup de sang, et la malade fut à l'instant soulagée. — 17 *juillet*. Sang dans la chambre; la réunion existe. — 25. Un peu de rougeur près de la plaie. L'atropine et un purgatif sont prescrits. — 1er *août*. Compte les doigts, mais ne peut encore lire que le numéro 18 de Jaeger.

Le 26 *novembre*, elle fut prise tout d'un coup des accidents violents du glaucome aigu à l'œil droit, et vint le lendemain à la clinique présentant tous les symptômes de cette affection. M. Desmarres fils fait aussitôt une excision de l'iris. — 27. La malade va bien, la plaie est réunie, l'inflammation a sensiblement diminué.—30. Elle va bien et compte les doigts. — 15 *décembre*. Elle est complétement guérie et lit bien les caractères les plus fins du livre de Jaeger.

Ces faits sont très concluants en ce qui regarde la période à laquelle l'opération doit être pratiquée. Dans la première observation, on voit l'œil opéré pendant l'état aigu se rétablir complétement et lire le n° 2 de Jaeger; l'œil droit, au contraire, qui n'a été opéré qu'à une période avancée de la maladie, cinq semaines après le premier accès, ne sert à cette femme qu'à se conduire. Deux autres observations fournissent les mêmes incidents et la même conclusion.

Dans le glaucome chronique, l'opération ne donne donc pas de résultats aussi satisfaisants, parce que les désordres de la rétine et du nerf optique sont ordinairement trop avancés. Elle amène pourtant des améliorations sensibles, le retour partiel de la vision et la cessation des souffrances.

L'iridectomie est sans effet quand la maladie existe depuis trop longtemps à l'état de chronicité. Ainsi j'ai assisté l'été dernier M. Desmarres dans une opération de cette nature et sur le résultat de laquelle il a dù faire des réserves en présence de MM. les Drs Caffe et Godard. L'iridectomie fut facilement pratiquée, mais la malade n'y gagna que la disparition des douleurs péri-orbitaires et de la rougeur du globe.

Quand l'iris est atrophié, que l'excision ne peut pas se faire, ou se fait très-incomplétement, il arrive souvent que la maladie ne s'arrête pas : c'est alors qu'on doit avoir recours aux paracentèses plusieurs fois répétées.

Pour prévenir le retour de cette terrible affection, M. Coccius a proposé de laisser une partie de l'iris dans la plaie et de combiner ainsi l'opération de l'excision avec l'irido-enclesis; mais cette opération ne donne pas de bons résultats et est aujourd'hui complétement abandonnée.

M. Arlt recommande de couper l'iris jusqu'à sa périphérie, autrement le résultat n'est qu'incomplet. C'est le point sur lequel insiste aussi M. Desmarres.

M. Hancock pense que le glaucome est une maladie constitutionnelle, dans laquelle le sang et les vaisseaux sont altérés et donnent lieu à une hypersécrétion des humeurs de l'œil. La cause de cette hypersécrétion est, selon lui, l'obstacle à la circulation, et cet obstacle provoque une contraction spasmodique du muscle ciliaire. Il propose donc de faire la section ou le débridement de cet organe avec le couteau à cataracte introduit dans la sclérotique, au bord externe et inférieur de la cornée, et poussé ensuite obliquement d'avant en arrière et de haut en bas jusqu'à ce que les fibres de la sclérotique soient divisées dans l'étendue d'environ un centimètre. Les résultats de cette opération sont assez satisfaisantes, mais nous croyons avec M. Desmarres qu'elle n'agit que comme une simple paracentèse.

Voici une observation confirmant l'utilité de cette opération :

Obs. XIII. Madame L..., âgée de 60 ans, femme d'un laboureur, toujours bien portante et réglée jusqu'à l'âge de 57 ans, a toujours eu la vue très bonne; mais, vers le mois d'octobre 1860, elle s'est aperçue qu'à certains jours elle voyait des arc-en-ciel autour de la flamme. Au mois de février 1861, elle a été prise tout à coup d'une forte inflammation de l'œil gauche avec des douleurs de tête intermittentes et très violentes. Huit jours plus tard, l'œil droit s'enflammait à son tour et la vue s'y éteignait. Ces douleurs et cette inflammation ont duré deux semaines, pour cesser ensuite complétement à l'œil droit où la vue s'est rétablie. L'œil gauche, au contraire, souffrait toujours et la vue ne reparaissait pas. Vers la fin du mois de mars, l'inflammation s'étant de nouveau reproduite aux deux yeux, la malade vint consulter M. Desmarres le 4 avril. Les deux yeux sont durs; l'œil droit ne voit pas le jour, il présente une légère injection péri-cornéenne; l'iris y est complétement atrophié, dilaté et réduit à un petit anneau étroit. L'œil gauche est sensible à l'action de la lumière, aperçoit les personnes qui passent, mais sans les pouvoir distinguer. Il est fortement injecté, et la cornée en est chagrinée et anesthésiée; la chambre antérieure diminuée, l'iris dilaté,

mais non encore complétement atrophié, principalement dans sa partie inférieure. La pupille est large et inégale et d'une couleur sâle verdâtre. Avec l'ophthalmoscope on aperçoit à peine la papille blanche, sans pouvoir y distinguer la disposition des vaisseaux. M. Desmarres pratique l'opération par le procédé d'Hancock. Il enfonce le couteau à cataracte dans la sclérotique tout près de sa jonction à la cornée; le bord tranchant du couteau étant dirigé en bas, il en pousse la pointe obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, jusqu'à ce que la sclérotique soit divisée dans l'étendue d'environ un centimètre, et retire ensuite l'instrument. Après l'opération, il s'écoule beaucoup de sang par la plaie. — 5 *avril*. La malade n'a pas souffert; l'œil n'est plus dur, mais la cornée n'a pas encore repris sa transparence. La chambre antérieure contient un peu de sang. La plaie est dans un très-bon état.—*4 mai*. La rougeur de l'œil a disparu; la cornée est transparente, et la malade peut compter les doigts. — 23. La plaie est complétement cicatrisée; l'opérée distingue mieux les objets.— 21 *mai*. Elle peut se conduire seule.—6 *juin*. L'œil est guéri, le fond de l'organe transparent, la pupille blanche a les vaisseaux rejetés sur le côté. La malade distingue les lettres du nº 15 de Jaeger. Elle quitte Paris pour se rendre à la campagne.

Cette observation montre que, dans les cas un peu plus avancés de la maladie, la paracentèse scléroticale faite selon les préceptes de M. Hancock, peut amener une guérison relative.

II. **Durée de la guérison du glaucome.**

Une large paracentèse, pratiquée à plusieurs reprises et à des époques rapprochées, peut procurer une bonne guérison. Ainsi, nous avons vu dernièrement une malade de M. Desmarres opérée il y a trois ans par ce procédé et complétement guérie.

Les résultats de l'iridectomie sont très satisfaisants au point de vue de la durée de la guérison. Nous pourrions citer un nombre considérable de malades, opérés il y a trois ou quatre ans, qui se portent aujourd'hui parfaitement bien et ont une bonne vue. En voici un exemple :

Obs. XIV. — M. B..., âgé de 70 ans, sculpteur, a été pris, au mois

d'avril 1858, d'un accès violent aigu de glaucôme à l'œil droit. M. Desmarres lui a pratiqué aussitôt une large excision de l'iris. La vue s'est complétement rétablie et le malade y voit parfaitement. En 1860, il fut pris, à la fin du mois d'avril, de douleurs violentes dans l'œil gauche, douleurs qui ont duré quelques jours et se sont ensuite calmées. Plus tard, il s'est aperçu qu'il ne voyait pas de cet œil aussi bien qu'auparavant. Le 16 mai, il fut pris de nouveau d'une forte inflammation à ce même œil et revint à la clinique. L'œil droit est guéri, le gauche fortement enflammé, la cornée chagrinée, l'iris dilaté et immobile, le fond de l'œil trouble; le malade distingue à peine le jour. L'iridectomie est pratiquée immédiatement; elle donne lieu à un saignement assez abondant. — 18 *mai*. La réunion existe, la cornée a repris toute sa transparence, sauf un peu d'infiltration au voisinage de la plaie. Le malade ne souffre pas et peut compter les doigts. La pupille est noire, mais sa partie inférieure contient encore un peu de sang. — 23. Le sang est résorbé et la pupille libre. — *4 juin*. Il peut nettement distinguer la figure des personnes qui se trouvent à deux pas, mais ne lit que les grandes lettres. Un peu de rougeur conjonctivale. Atropine en instillation. — 6 *juillet*. Il peut lire des deux yeux très facilement avec les lunettes n° 24 biconvexe. De loin il voit bien sans lunettes.

Voilà donc la guérison de la maladie, qui a persisté dans l'œil droit pendant deux ans.

Ici, qu'il me soit permis de citer un fait très remarquable de la pratique privée de M. Desmarres, et qui confirme l'utilité de l'opération. Il se rapporte à madame O..., âgée de 48 ans, une de mes compatriotes, femme d'une de nos célébrités de l'émigration. Elle avait toujours joui d'une bonne santé et d'une excellente vue. Depuis deux ans les règles commençaient à venir irrégulièrement. Le 9 juillet 1859, elle fut prise tout d'un coup d'une violente inflammation de l'œil droit avec des douleurs atroces qui résistèrent à tous les moyens prescrits. Le 11 juillet, les douleurs s'étaient calmées à l'œil droit pour reparaître avec la même intensité dans le gauche. Les sangsues, les purgatifs, les frictions mercurielles belladonées, le sirop d'hydrochlorate de morphine, le sulfate de quinine furent employés sans aucun avantage. Je fus alors chargé par la famille de prier M. Desmarres de venir voir la malade. L'examen démontra l'existence d'un glaucome aigu,

et l'opération de l'excision de l'iris fut pratiquée le même jour aux deux yeux par M. Desmarres, assisté de mon oncle le docteur Séverin Galezowski et de moi-même. Le même jour les douleurs cessèrent complétement, et trois jours plus tard la malade était complétement guérie. Aujourd'hui il y a à peu près trois ans que l'opération a été pratiquée, et cette dame voit des deux yeux à lire, à écrire, comme si elle n'avait jamais été malade.

Ces faits et beaucoup d'autres ne laissent plus de doute sur l'efficacité de cette opération dans le glaucome, et nous ne pouvons comprendre la défiance qu'elle rencontre encore parmi les chirurgiens français. Il est vrai que nous ne nous rendons pas bien compte de la manière dont elle agit, et que toutes les explications qui en ont été données sont encore fort problématiques; mais est-ce une raison de contester le fait lui-même? Il faudrait alors proscrire l'emploi du sulfate de quinine contre la fièvre intermittente, parce qu'on ne sait pas comment il agit !

TABLE DES MATIÈRES.